

**Primärkassen-Gutachtervereinbarungen
für Zahnersatz, PAR und Kfo,
gültig ab 01.01.2004**

Anlage 6 zum BMV-Z

**Vereinbarung
über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen**

§ 1¹

Einleitung des Verfahrens

(1) Vor Beginn der Behandlung ist vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu erstellen. Der Zahnarzt sendet den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung der Krankenkasse zu. Entsprechendes gilt bei einem Verlängerungsantrag und einer Therapieänderung. Eine weitere Ausfertigung des Behandlungsplans sendet der Zahnarzt seiner zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu.

(2) Stellt der Zahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine weitere Ausfertigung zu übersenden.

(3) Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gem. § 1 Abs. 2 ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die Kassenzahnärztliche Vereinigung über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. Im übrigen gelten die Bestimmungen dieser Gutachtervereinbarung sinngemäß.

(4) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen überprüfen auf der Grundlage der Behandlungspläne und der Mitteilungen gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 die Auswirkungen der Einführung des Kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG).

Zu § 1 Absätze 2-4 wird folgende Protokollnotiz vereinbart:

Mit der Beschlussfassung zum Inkrafttreten des Kieferorthopädischen Indikationssystems haben sich die Partner des BMV-Z darauf verständigt, nach einer Erprobungsphase bis zum 31.12.2003 dessen Auswirkungen zu überprüfen mit dem Ziel einer eventuell erforderlichen Korrektur des KIG.

Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragspartner, dass die KZVen die erforderlichen Unterlagen (Kfo-Behandlungsplan bzw. Mitteilung an den Versicherten – Muster 8a) für zwei Jahre sammeln und für eine Auswertung auf Bundesebene bereit halten.

Nach Ablauf des Zwei-Jahres-Zeitraumes werden die Vertragspartner darüber beraten, ob die Erfassung fortgeführt werden soll.

¹⁾ *Geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 25.10.2001, gültig ab 01.01.2002*

§ 2

Kostenregelung, Behandlungsbeginn

(1) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung sendet die Krankenkasse in der Regel innerhalb von 4 Wochen ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Zahnarzt zurück.

(2) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Behandlungsplanes an den Zahnarzt begonnen werden.

(3) Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund eines Behandlungsplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

§ 3

Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

(1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung in der Regel innerhalb von 4 Wochen an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (Kiefermodelle, Rö-Aufnahmen, ggf. Fotografie, Fernröntgenaufnahme und HNO-Befund) 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 sowie Nachbefunde zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt 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 ihn, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplanes der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet er ihn nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplanes der Krankenkasse, das 2. Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Der Gutachter erstellt das Gutachten unter Verwendung des Vordrucks „Gutachten“ (Anlage 13c). Der Vordruck „Gutachten“ (Anlage 13c) kann individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. § 1 Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend.¹

¹⁾ *Sätze 5 bis 7 eingefügt durch Vereinbarung vom 25.10.2001, gültig ab 01.01.2002.*

(5) Die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung über das 16. Behandlungsvierteljahr hinaus ist nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 unter Verwendung des Vordrucks Kfo-Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu beantragen. Die Abs. 1 bis 4 gelten entsprechend.

(6) Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigten kieferorthopädischen Maßnahmen zur kassenzahnärztlichen Versorgung hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen.

§ 4 Obergutachten

(1) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan oder zum Verlängerungsantrag können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen zweier Monate nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzulegen.

(2) Im übrigen gelten die Bestimmungen des § 3 sinngemäß.

§ 5 Bestellung der Gutachter

(1) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die Obergutachter. Die Bestellung kann widerrufen werden. Die Bundesverbände der Krankenkassen können den Widerruf aus wichtigem Grund verlangen.

(3) Gutachter und Obergutachter sollen die Anerkennung als Fachzahnärzte für Kieferorthopädie besitzen.

§ 6 Kosten der Begutachtung

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. In den Fällen des § 3 Abs. 6 und des § 4 gehen die Kosten einschließlich der Kosten nach § 3 Abs. 2 Satz 2 zu Lasten des Zahnarztes, wenn der Gutachter oder der Obergutachter der Auffassung des Zahnarztes nicht folgt.

Anhang
zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren
bei kieferorthopädischen Maßnahmen
(Anlage 6 zum BMV-Z)

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.
2. Der Gutachter nimmt zu dem Behandlungsplan nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplanes, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
3. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge in der Regel innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Modelle und Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von 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 gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

	Bewertungszahl
a) für die Begutachtung eines Behandlungsplanes oder eines Verlängerungsantrages	80
b) 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	50
c) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 6 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt,	20
andererseits	80
d) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich	18
e) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zuständigen Bundesverband der Krankenkassen festgesetzt.	

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 zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nr.70 oder 75 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Anlage 9 zum BMV-Z

Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien

§ 1¹

Einleitung des Verfahrens

- (1) Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10a zum BMV-Z – und Blatt 2 – Anlage 10b zum BMV-Z) zu erstellen. Der Zahnarzt sendet den Parodontalstatus der Krankenkasse zu.
- (2) Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von vierzehn Tagen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.
- (3) Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen beizufügen.

¹⁾ *Geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

§ 2

Kostenregelung, Behandlungsbeginn

- (1) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse den Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück.
- (2) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Parodontalstatus an den Zahnarzt begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen.
- (3)¹ Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Leistungen auf dem Vordruck „Parodontalstatus (Blatt 2)“.

¹⁾ *Neu eingefügt aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

§ 3

Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

- (1)¹ Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie beide Blätter des Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter den Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Rö-Aufnahmen) zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

(2) Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt 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)¹ Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus Stellung. Befürwortet er den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Die Krankenkasse übersendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

¹⁾ *Geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

§ 4 Obergutachten

(1) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen zweier Monate nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzulegen.

(2) Im übrigen gelten die Bestimmungen des § 3 sinngemäß.

§ 5 Bestellung der Gutachter

(1) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die Obergutachter. Die Bestellung kann widerrufen werden. Die Bundesverbände der Krankenkassen können den Widerruf aus wichtigem Grund verlangen.

§ 6¹ Kosten der Begutachtung

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt.

¹⁾ *Geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

Anhang
zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren
bei Behandlungen von Parodontopathien
(Anlage 9 zum BMV-Z)

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 Parodontalstatus nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. 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. Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von 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 gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

	Bewertungszahl
a) für die Begutachtung eines Parodontalstatus	80
b) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 9 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt,	20
andererseits	80
c) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich	18
d) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zuständigen Bundesverband der Krankenkassen festgesetzt.	

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 zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nr.70 oder 75 kann 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/
ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen
und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung | 80 Punkte |
| b) für die körperliche Untersuchung des Patienten
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.