

**§ 4 – Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen, Gutachterwesen**

- (1) Für das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterverfahren gelten:
- a) bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) Anlage 1 Nr. 3 zum BMV-Z,
  - b) bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA-Teil 3) Anlage 4 zum BMV-Z,
  - c) bei der Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) Anlage 5 zum BMV-Z,
  - d) bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) Anlage 6 zum BMV-Z,
  - e) für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V Anlage 7 zum BMV-Z.
- (2) <sup>1</sup>Die KZVen, die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen können Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten vorschlagen. <sup>2</sup>Die vorgeschlagenen Personen müssen die in Absatz 5 normierten Qualifikationskriterien erfüllen.
- (3) <sup>1</sup>Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. <sup>2</sup>Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle sowie Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. <sup>3</sup>Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund verweigert werden.
- <sup>4</sup>Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für vier Jahre und kann – außer im Falle der erstmaligen Bestellung – nur einvernehmlich widerrufen werden.
- <sup>5</sup>Auf der Gesamtvertragebene können abweichende Amtsperioden für die dort bestellten Gutachter vereinbart werden. <sup>6</sup>Bei erstmaliger Bestellung des Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des ersten Jahres von jeder Seite widerrufen werden. <sup>7</sup>Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können hierbei nur gemeinsam und einheitlich handeln. <sup>8</sup>Sofern das Widerrufsrecht nicht ausgeübt wird, gilt der erstmalig bestellte Gutachter für seine laufende Amtsperiode als bestellt.
- (4) Zahnärzte, die vor dem 17.10.2006 hauptamtlich bei den Krankenkassen und deren Verbänden als Gutachter für Zahnersatz und Zahnkronen tätig waren, gelten weiterhin als einvernehmlich bestellt.
- (5) <sup>1</sup>Die Gutachter sollen über eine zum Bestellungszeitpunkt mindestens seit vier Jahren ununterbrochen bestehende vertragszahnärztliche Zulassung verfügen. <sup>2</sup>Sie sollen in dem Leistungsbereich, für den sie bestellt werden, über eine ausreichende Erfahrung verfügen und eine angemessene Anzahl an Behandlungsfällen vorweisen können. <sup>3</sup>Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie sollen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen. <sup>4</sup>Die Gutachter sind verpflichtet, an den Gutachter- bzw. Obergutachtertagungen der sie bestellenden KZV/KZBV teilzunehmen und gegenüber dieser jährlich die Teilnahme an fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen in dem jeweiligen Leistungsbereich nachzuweisen. <sup>5</sup>Die Gutachter haben bei der Bestellung zu versichern, dass sie ihre Tätigkeit fachlich unabhängig und weisungsungebunden ausüben werden. <sup>6</sup>Im ersten Jahr der Tätigkeit als Gutachter werden die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorgelegt.

- (6) <sup>1</sup>Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. <sup>2</sup>In Ausnahmefällen, z. B. bei Wohnortwechsel des Versicherten oder in grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden. <sup>3</sup>Bei der Auswahl der Gutachter und Obergutachter sollen die Ortsnähe zum Versicherten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. <sup>4</sup>Dabei soll auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten geachtet werden.
- (7) <sup>1</sup>An den Gutachter- und Obergutachtertugungen auf der Bundesebene können Vertreter des GKV-Spitzenverbandes teilnehmen. <sup>2</sup>Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen bzw. Vertreter der Ersatzkassen und ggf. Vertreter des GKV-Spitzenverbandes können an den Gutachtertugungen auf der Landesebene teilnehmen.
- (8) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter vereinbaren die KZVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen.
- (9) <sup>1</sup>Die Krankenkasse kann auch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung geplanter Behandlungen und ausgeführter Leistungen beauftragen und das Begutachtungsergebnis zur Grundlage ihrer Leistungsentscheidung machen. <sup>2</sup>Erteilt die Krankenkasse einen Begutachtungsauftrag an einen nach diesem Vertrag bestellten Gutachter oder an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ist zum selben Behandlungsfall, auch im Fall des Widerspruchs, ein späterer Begutachtungsauftrag an das jeweils andere Begutachtungsverfahren ausgeschlossen.

*Protokollnotiz:*

*Die Bundesmantelvertragspartner gehen davon aus, dass eine Begutachtung durch das bundesmantelvertraglich vereinbarte Begutachtungswesen auf Basis von § 82 Abs. 1 SGB V und § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V rechtmäßig ist.*

*Die Begutachtung im Rahmen des bundesmantelvertraglich geregelten Begutachtungsverfahrens und die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 1 SGB V sind gleichberechtigt.*

*Die Partner des Bundesmantelvertrages streben die Erhaltung planbarer Verhältnisse an. In diesem Zusammenhang können die Gesamtvertragspartner vereinbaren, dass die Krankenkassen in der Regel das vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das MDK-Verfahren wahrnehmen.*

*Protokollnotiz:*

*Die Partner der Bundesmantelverträge werden zeitnah über die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens vertragszahnärztlicher Leistungen sowie über den Austausch elektronischer Dokumente in Verhandlungen eintreten. Sofern entsprechende Verfahren seitens der Krankenkassen bereits vor Abschluss einer einschlägigen Vereinbarung praktiziert werden, haben die Krankenkassen die Verwendung qualifizierter elektronischer Signaturen i. S. d. Signaturgesetzes sicherzustellen.*

## Anlage 4

### Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

#### § 1

#### Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) <sup>1</sup>Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. <sup>2</sup>Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA), Teil 3. <sup>3</sup>Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.
  - (2) <sup>1</sup>Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster des Vordrucks 4b der Anlage 14a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. <sup>2</sup>Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) eine weitere Ausfertigung zu übersenden.
  - (3) <sup>1</sup>Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang ein Exemplar des Behandlungsplanes mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum in grundsätzlich elektronischer Form an die zuständige KZV. <sup>3</sup>Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. <sup>4</sup>Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. <sup>5</sup>Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln.
- <sup>6</sup>Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. <sup>7</sup>Der Behandlungsplan ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. <sup>8</sup>Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Behandlungsplans die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.
- (4) <sup>1</sup>Die KZVen können auf der Grundlage der Behandlungspläne und der Mitteilungen gem. Absatz 2 Satz 1 die Auswirkungen der Einführung des Kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) überprüfen lassen.

<sup>2</sup>Näheres regeln die Gesamtvertragspartner auf Landesebene.

## § 2

### Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) <sup>1</sup>Die Krankenkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen. <sup>2</sup>Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. <sup>3</sup>In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. <sup>4</sup>Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. <sup>5</sup>Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.
- (2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung an den Vertragszahnarzt zurück. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (wie Kiefermodelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund) einschließlich vorliegender Auswertungen unverzüglich zuzuleiten.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Absatz 1 entsprechend.
- (4) <sup>1</sup>Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gemäß § 1 Absatz 2 ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. <sup>2</sup>Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. <sup>3</sup>Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. <sup>4</sup>Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 3 bis 6 entsprechend.
- (5) Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigten kieferorthopädischen Maßnahmen zur vertragszahnärztlichen Versorgung (KIG-Einstufung) hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen.
- (6) <sup>1</sup>Kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, hat der Vertragszahnarzt der Krankenkasse anzuzeigen. <sup>2</sup>Die Krankenkasse kann diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen.

## § 3

### Begutachtung

- (1) <sup>1</sup>Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung des Vordrucks 6c der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. <sup>2</sup>Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplans. <sup>3</sup>Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) <sup>1</sup>Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Behandlungsplanungen nach Vorlage der vom behandelnden Vertragszahnarzt vorzulegenden Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund, Heil- und Kostenplan) innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. <sup>2</sup>Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. <sup>3</sup>Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. <sup>4</sup>Die Behandlungs- und Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.

- (3) <sup>1</sup>Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. <sup>2</sup>Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. <sup>3</sup>Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) <sup>1</sup>Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. <sup>2</sup>Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. <sup>3</sup>Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. <sup>4</sup>Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (5) <sup>1</sup>Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplans der Krankenkasse zu. <sup>2</sup>Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. <sup>3</sup>Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplans der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück.
- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Absatz 1 entsprechend.

#### **§ 4 Obergutachten**

- (1) <sup>1</sup>Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan, zum Verlängerungsantrag oder zur Therapieänderung können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. <sup>2</sup>Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV den Behandlungsplan, den Verlängerungsantrag oder die Therapieänderung, das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.
- (3) Im Übrigen gelten § 2 Absatz 1 bis 3 und § 3 sinngemäß.
- (4) Der für den zu begutachtenden Fall zuständige Obergutachter wird vom Fachberater der KZBV bestimmt.

#### **§ 5 Kostentragung**

<sup>1</sup>Die Kosten für die Begutachtung der Behandlungsplanung, des Verlängerungsantrags oder der Therapieänderung trägt die Krankenkasse. <sup>2</sup>Die Kosten des Obergutachtens für die Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. <sup>3</sup>In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.

**§ 6  
Gutachtergebühren**

- (1) <sup>1</sup>Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. <sup>2</sup>Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. <sup>3</sup>Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- a) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Absatz 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG, Anlage 1 zu den KFO-Richtlinien) ohne Begutachtung der Behandlungsplanung: 50 Punkte
  - b) Gutachten zu einer Behandlungsplanung, einem Verlängerungsantrag oder einer Therapieänderung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung: 80 Punkte
  - c) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen oder zu zusätzlich geplanten Leistungen: 40 Punkte
  - d) Begutachtung eines Nachbefundes, soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt: 20 Punkte
  - e) Für die körperliche Untersuchung des Patienten: 18 Punkte
  - f) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.
- (2) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.
- (3) <sup>1</sup>Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. <sup>2</sup>Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

*Protokollnotiz:*

*Sofern im Laufe einer kieferorthopädischen Behandlung die Krankenkasse seitens des Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters Hinweise über einen unregelmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung erhält, hat diese die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen die KZV zu beteiligen. Soweit ein von der KZV bestellter Fachberater für kieferorthopädische Leistungen in Anspruch genommen wird, kann die KZV eine Gebühr entsprechend § 6 Absatz 1 lit. b in Rechnung stellen.*

## Anlage 5

### **Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien**

**zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband**

**in der Fassung vom 25.04.2018**

**Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018**

#### **§ 1**

#### **Antrags- und Genehmigungsverfahren**

- (1) <sup>1</sup>Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Vordruck 5a und Blatt 2 – Vordruck 5b der Anlage 14a zum BMV-Z) zu erstellen. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) der Krankenkasse zu.
- (2) <sup>1</sup>Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. <sup>2</sup>Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. <sup>3</sup>Der Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. <sup>4</sup>Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Parodontalstatus die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.
- (3) <sup>1</sup>Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. <sup>2</sup>Soweit die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. <sup>3</sup>Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.
- (4) 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.

## § 2

### Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) <sup>1</sup>Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. <sup>2</sup>Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. <sup>3</sup>In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. <sup>4</sup>Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. <sup>5</sup>Sie erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.
- (2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 – Vordruck 5a – und Blatt 2 – Vordruck 5b der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.

## § 3

### Begutachtung

- (1) <sup>1</sup>Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. <sup>2</sup>Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Parodontalstatus. <sup>3</sup>Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) <sup>1</sup>Der Gutachter ist verpflichtet, den eingehenden Parodontalstatus nach Vorlage der vom behandelnden Zahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. <sup>2</sup>Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. <sup>3</sup>Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. <sup>4</sup>Die Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
- (3) <sup>1</sup>Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. <sup>2</sup>Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. <sup>3</sup>Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) <sup>1</sup>Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. <sup>2</sup>Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. <sup>3</sup>Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. <sup>4</sup>Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (5) <sup>1</sup>Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. <sup>2</sup>Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. <sup>3</sup>Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. <sup>4</sup>Die Krankenkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt.
- (6) § 2 sowie die vorstehenden Absätze 1 bis 5 gelten für die Begutachtung einer Therapieergänzung i. S. d. § 1 Absatz 3 entsprechend.

#### **§ 4 Obergutachten**

- (1) <sup>1</sup>Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus oder zur Therapieergänzung können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. <sup>2</sup>Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus bzw. die Unterlagen der Therapieergänzung, das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.
- (3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 2 und 3 entsprechend.

#### **§ 5 Kostentragung**

<sup>1</sup>Die Kosten für die Begutachtung der Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse. <sup>2</sup>Die Kosten des Obergutachtens trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. <sup>3</sup>In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.

#### **§ 6 Gutachtergebühren**

- (1) <sup>1</sup>Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. <sup>2</sup>Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. <sup>3</sup>Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
  - a) Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu einer Therapieergänzung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung: 80 Punkte
  - b) Für die körperliche Untersuchung des Patienten: 18 Punkte
  - c) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.
- (2) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.
- (3) <sup>1</sup>Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. <sup>2</sup>Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

## Anlage 6

### Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

#### § 1

#### Antrags-/ Genehmigungsverfahren

- (1) <sup>1</sup>Anhand des Befundes stellt der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Vordruck 3a und Vordruck 3b der Anlage 14a zum BMV-Z) auf, der der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen ist. <sup>2</sup>Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.
- (2) <sup>1</sup>Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und Brücken und zur Wiederherstellung oder Erweiterung von Prothesen nach den Befund-Nrn. 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zulässig. <sup>2</sup>Diese Befunde können auch ohne vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse versorgt werden. <sup>3</sup>Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5. <sup>4</sup>Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. <sup>5</sup>Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Vertragszahnarzt bekannten Härtefällen ist der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung der Krankenkasse vorzulegen.
- (3) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen, den Heil- und Kostenplan mit der Zuschussfestsetzung über den Versicherten an den Vertragszahnarzt zurück.
- (4) <sup>1</sup>Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. <sup>2</sup>Bei nachträglichen Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Heil- und Kostenplan durch den Vertragszahnarzt zu berichtigen und der Krankenkasse zur Neufestsetzung des Zuschusses zuzuleiten (Ziff. 5 der Anlage 2 zum BMV-Z). <sup>3</sup>Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplans einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

## § 2

### Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. <sup>3</sup>In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. <sup>4</sup>Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. <sup>5</sup>Die Krankenkasse übersendet den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. <sup>6</sup>Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieses Vordrucks.
- (2) Nach Abschluss der Begutachtung übersendet die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan - gegebenenfalls über den Versicherten - dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden.
- (3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungsausgeführten prothetischen Leistungen bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung von Zahnersatz begutachten lassen. <sup>2</sup>Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unverzüglich nach Kenntniserhalt eines vermuteten Planungs- oder Ausführungsmangels einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieses Vordrucks. <sup>3</sup>Sie benachrichtigt den Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung. <sup>4</sup>Wird innerhalb der 24-Monats-Frist ein Gutachterverfahren nicht eingeleitet, so kann die Krankenkasse aus auftretenden Mängeln keine Ansprüche mehr herleiten.
- (4) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.
- (5) Ausgestaltende Regelungen zur Erteilung von Gutachteraufträgen sind gesamtvertraglich möglich.

## § 3

### Planungsgutachten

- (1) <sup>1</sup>Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-Z innerhalb von vier Wochen Stellung. <sup>2</sup>Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. <sup>3</sup>Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. <sup>4</sup>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. <sup>5</sup>Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Vereinbarung. <sup>6</sup>Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Heil- und Kostenplans. <sup>7</sup>Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.

- (2) <sup>1</sup>Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken. <sup>2</sup>Befürwortet der Gutachter den Heil- und Kostenplan, so leitet er seine schriftliche Stellungnahme der Krankenkasse zu. <sup>3</sup>Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Vertragszahnarzt.
- (3) <sup>1</sup>Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. <sup>2</sup>Er setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. <sup>3</sup>Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) zu vergüten.
- (4) <sup>1</sup>Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. <sup>2</sup>Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. <sup>3</sup>Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. <sup>4</sup>Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

#### **§ 4 Mängelgutachten**

- (1) <sup>1</sup>Stellt der Gutachter bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Mängel fest, so hat er diese in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt ausführlich darzulegen. <sup>2</sup>Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Vertragszahnarzt zu.
- (2) <sup>1</sup>Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter den abgerechneten Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, im Original oder als Kopie sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln. <sup>2</sup>Der Gutachter kann der Krankenkasse anheimstellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. <sup>3</sup>Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (3) <sup>1</sup>Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. <sup>2</sup>Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. <sup>3</sup>Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. <sup>4</sup>Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

#### *Protokollnotiz:*

*Zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungs- und sogenannten Mischfällen (Nrn. 7d, 7e der Anlage 2 zum BMV-Z) ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.*

#### **§ 5 Obergutachterverfahren / Einigungsverfahren**

<sup>1</sup>Sind Vertragszahnarzt oder Krankenkasse mit der Stellungnahme des Gutachters nicht einverstanden, ist ein Zahnersatz-Obergutachten oder eine Einigung vor dem Prothetik-Einigungsausschuss herbeizuführen. <sup>2</sup>Die jeweiligen Gesamtvertragspartner vereinbaren, ob das Obergutachterverfahren nach § 5a oder das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss nach § 5b durchzuführen ist.

- (2) <sup>1</sup>Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken. <sup>2</sup>Befürwortet der Gutachter den Heil- und Kostenplan, so leitet er seine schriftliche Stellungnahme der Krankenkasse zu. <sup>3</sup>Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Vertragszahnarzt.
- (3) <sup>1</sup>Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. <sup>2</sup>Er setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. <sup>3</sup>Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) zu vergüten.
- (4) <sup>1</sup>Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. <sup>2</sup>Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. <sup>3</sup>Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. <sup>4</sup>Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

#### **§ 4 Mängelgutachten**

- (1) <sup>1</sup>Stellt der Gutachter bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Mängel fest, so hat er diese in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt ausführlich darzulegen. <sup>2</sup>Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Vertragszahnarzt zu.
- (2) <sup>1</sup>Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter den abgerechneten Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, im Original oder als Kopie sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln. <sup>2</sup>Der Gutachter kann der Krankenkasse anheimstellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. <sup>3</sup>Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (3) <sup>1</sup>Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. <sup>2</sup>Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. <sup>3</sup>Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. <sup>4</sup>Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

#### *Protokollnotiz:*

*Zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungs- und sogenannten Mischfällen (Nrn. 7d, 7e der Anlage 2 zum BMV-Z) ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.*

#### **§ 5 Obergutachterverfahren / Einigungsverfahren**

<sup>1</sup>Sind Vertragszahnarzt oder Krankenkasse mit der Stellungnahme des Gutachters nicht einverstanden, ist ein Zahnersatz-Obergutachten oder eine Einigung vor dem Prothetik-Einigungsausschuss herbeizuführen. <sup>2</sup>Die jeweiligen Gesamtvertragspartner vereinbaren, ob das Obergutachterverfahren nach § 5a oder das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss nach § 5b durchzuführen ist.

**§ 5a**  
**Zahnersatz-Obergutachten**

<sup>1</sup>Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Heil- und Kostenplan sowie zu vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. <sup>2</sup>Der Einspruch ist ausreichend zu begründen. <sup>3</sup>Im Übrigen gelten die §§ 3 und 4 entsprechend.

**§ 5b**  
**Prothetik-Einigungsausschuss**

- (1) <sup>1</sup>Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Heil- und Kostenplan (Planungsgutachten) sowie zu ausgeführten prothetischen Leistungen bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln (Mängelgutachten) können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters Einspruch vor dem Prothetik-Einigungsausschuss einlegen. <sup>2</sup>Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) <sup>1</sup>Der Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet durch Beschluss in der Sache über Einsprüche des Vertragszahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. <sup>2</sup>Gegen die Entscheidung des Prothetik-Einigungsausschusses kann die Beschwerdeinstanz angerufen werden.
- (3) Das Nähere zum Prothetik-Einigungsausschuss regeln die Gesamtvertragspartner.

**§ 6**  
**Kostentragung**

Die Kosten für Planungs- und Mängelgutachten trägt vorbehaltlich der nachfolgenden Bestimmungen die Krankenkasse.

**§ 6a**  
**Kostentragung bei Zahnersatz-Obergutachten**

- (1) <sup>1</sup>Die Kosten des Obergutachtens zur Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. <sup>2</sup>In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.
- (2) <sup>1</sup>Die Kosten des Obergutachtens im Rahmen der Mängelbegutachtung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. <sup>2</sup>In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt, soweit obergutachterlich die Notwendigkeit einer vollständigen Neuanfertigung der prothetischen Versorgung festgestellt wird, die Kosten des Gutachters und des Obergutachters vollständig, soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuanfertigung oder Nachbesserung festgestellt wird, anteilig zu tragen.

**§ 6b**  
**Kostentragung bei Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss**

- (1) <sup>1</sup>In dem Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet dieser nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Regelungen, in welcher Höhe der Krankenkasse oder

dem Vertragszahnarzt Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. <sup>2</sup>Die Kosten sind der Krankenkasse aufzuerlegen, soweit sich aus den Absätzen 2 und 3 nichts Abweichendes ergibt.

- (2) <sup>1</sup>Im Rahmen der Überprüfung der Behandlungsplanung sind die Kosten des Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss dem Vertragszahnarzt vollständig oder anteilig aufzuerlegen, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt. <sup>2</sup>Die Kosten des Erstgutachtens trägt die Krankenkasse.
- (3) <sup>1</sup>Im Rahmen der Mängelbegutachtung sind die Kosten des Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss dem Vertragszahnarzt aufzuerlegen, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt. <sup>2</sup>In diesem Fall sind dem Vertragszahnarzt auch die Kosten des Erstgutachtens aufzuerlegen. <sup>3</sup>Soweit durch den Prothetik-Einigungsausschuss die Notwendigkeit einer vollständigen Neuanfertigung der prothetischen Versorgung festgestellt wird, sind dem Vertragszahnarzt die Kosten vollständig, soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuanfertigung oder Nachbesserung festgestellt wird, anteilig aufzuerlegen.
- (4) Die Kosten des Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss, die dem Vertragszahnarzt auferlegt werden können, sind der Höhe nach auf maximal diejenigen Kosten begrenzt, die im Falle der Durchführung eines Obergutachterverfahrens nach § 5a anfallen würden.

## § 7 Gutachtergebühren

- (1) <sup>1</sup>Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. <sup>2</sup>Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. <sup>3</sup>Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- |    |   |            |
|----|---|------------|
| a) | Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu ausgeführten prothetischen Leistungen, ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen oder Modellen: | 80 Punkte  |
| b) | Für die körperliche Untersuchung des Versicherten zusätzlich:   | 18 Punkte  |
| c) | Obergutachten zu einer Behandlungsplanung, ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen oder Modellen:   | 180 Punkte |
| d) | Obergutachten zu ausgeführten prothetischen Leistungen, ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen oder Modellen:                              | 220 Punkte |
- (2) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 12,20 je Gutachten abgegolten.
- (3) <sup>1</sup>Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen (z. B. BEMA-Nrn. 8, Ä 925 a-d) zusätzlich abgerechnet werden. <sup>2</sup>Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.
- (4) Für hauptamtlich bei den Krankenkassen und ihren Verbänden angestellte Zahnärzte können die Krankenkassen und ihre Verbände andere Vergütungsregelungen vorsehen.

**Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung**

Gültig ab 01.07.2018

Name und Anschrift der Krankenkasse

Je ein Exemplar für den Gutachter, den Zahnarzt und die Krankenkasse

**Auftrag zur Begutachtung**

Name und Anschrift des Gutachters

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versicherten-Nr.	
Name des Zahnarztes	
Anschrift des Zahnarztes	

**Wir bitten um Begutachtung der**

Zutreffendes ankreuzen

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom \_\_\_\_\_  ZE
- ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am \_\_\_\_\_  Ma
- vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan vom \_\_\_\_\_  KB
- vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung:
  - Behandlungsplan vom \_\_\_\_\_  KFO
  - Verlängerungsantrag vom \_\_\_\_\_
  - Therapieänderung vom \_\_\_\_\_
  - KIG-Einstufung vom \_\_\_\_\_
  - Antrag auf nachträgliche Leistungen vom \_\_\_\_\_
- vorgesehenen PAR-Behandlung/-Therapieergänzung nach dem PAR-Status vom \_\_\_\_\_  PAR

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Muster

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

**Hinweis an den Zahnarzt:**

Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 4 bzw. 5, § 2 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.





**Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung**

Gültig ab 2016

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

**Abrechnung der Begutachtung**

Die Erstellung des Gutachtens über

- die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom \_\_\_\_\_
- ausgeführte prothetische Leistungen vom \_\_\_\_\_
- den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom \_\_\_\_\_
- die PAR-Therapieergänzung vom \_\_\_\_\_
- die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom \_\_\_\_\_
- die KFO-Behandlung nach dem Behandlungsplan / Verlängerungs-/ Therapieänderungsantrag / KIG-Einstufung / Antrag auf nachträgliche Leistungen vom \_\_\_\_\_
- die Feststellung einer Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V „Implantologische Leistungen“ erfolgte am \_\_\_\_\_ Untersuchung des Patienten am \_\_\_\_\_

**Kostenabrechnung des Gutachters**

Art der Leistung	Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
Gutachten			
Untersuchung des Patienten			
Sonstige Leistungen BEMA-Nr. _____ _____ _____			
Kostenpauschale für bare Auslagen (z. B. Telefon, Porto, Verpackung)			12,20
Zwischensumme			
Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe der Umsatzsteuer <sup>1</sup>		19 %	
Rechnungsbetrag			

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer \_\_\_\_\_

Bankverbindung oder IK<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Steuer-Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Gutachters

<sup>1</sup> Falls sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Umsatzsteuerpflicht bestanden hat, ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer an die Krankenkasse zurückzuzahlen.  
<sup>2</sup> Gutachter, die über ein Institutionskennzeichen (IK) verfügen, können dieses an Stelle der Bankverbindung eintragen. Das IK kann auf freiwilliger Basis unter [www.dguv.de/farge-ik](http://www.dguv.de/farge-ik) beantragt werden.

Muster

## Anlage 7

### Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei implantologischen Leistungen

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 21.01.2019

Datum des Inkrafttretens: 01.01.2019

#### A. Gutachten

1. <sup>1</sup>Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt eine Behandlungs- und Kostenplanung zu erstellen. <sup>2</sup>Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die Lage der Implantate (Kennzeichnung mit „I“ im Heil- und Kostenplan) und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. <sup>3</sup>Es ist ein einheitliches Konzept sowohl für die implantologische als auch die prothetische Behandlungsplanung einzureichen. <sup>4</sup>Der Vertragszahnarzt übermittelt die Behandlungs- und Kostenplanung zusammen mit dem Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung – ggf. über den Versicherten – der Krankenkasse jeweils in doppelter Ausfertigung.
2. <sup>1</sup>Die Krankenkasse muss Behandlungspläne für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung zur Abklärung ihrer Leistungspflicht begutachten lassen, wenn eine Ausnahmeindikation nach Abschnitt B Ziffer VII der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in Betracht kommt. <sup>2</sup>Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. <sup>3</sup>In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die Behandlung übernimmt. <sup>4</sup>Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.  
  
<sup>5</sup>Die Krankenkasse erteilt einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. <sup>6</sup>Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Vertragszahnarztes an den Gutachter.  
  
<sup>7</sup>Die Krankenkasse unterrichtet den Vertragszahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vordruckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ gemäß Vordruck 7 der Anlage 14a zum BMV-Z in zweifacher Ausfertigung.
3. <sup>1</sup>Der Vertragszahnarzt hat zur Begutachtung den Vordruck „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ auszufüllen und zusammen mit den Modellen und Röntgenaufnahmen dem Gutachter vorzulegen. <sup>2</sup>Ergänzend sind Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung beizufügen.
4. <sup>1</sup>Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. <sup>2</sup>Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. <sup>3</sup>Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. <sup>4</sup>Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung – auch hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit – Stellung.

<sup>5</sup>Der Gutachter kann vom behandelnden Vertragszahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.

5. <sup>1</sup>Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt B Ziffer VII der Behandlungsrichtlinie vorliegt, insbesondere auch, ob bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. <sup>2</sup>Er kann Änderungen der Behandlungsplanung – auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate – vorschlagen.
6. <sup>1</sup>Der Gutachter übersendet dem Vertragszahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. <sup>2</sup>Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. <sup>3</sup>Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.
7. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.
8. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband werten die Gutachten aus.

### **B. Obergutachten**

1. Der Vertragszahnarzt oder die Krankenkasse können ein Obergutachten bei der KZBV beantragen.
2. Abschnitt A gilt entsprechend für das Obergutachterverfahren.
3. Die Kosten des Obergutachtens trägt grundsätzlich der Antragsteller.

### **C. Gutachtergebühren**

1. <sup>1</sup>Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen

• bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten:	103,61 EUR
• bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten:	130,53 EUR
• bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten:	220,69 EUR
• bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten:	247,60 EUR

<sup>2</sup>Diese Beträge sind bei allen Gutachten und Obergutachten anzusetzen, die ab dem 01.01.2019 erstellt werden.

<sup>3</sup>Daneben können die für die Begutachtung erforderlichen diagnostischen Leistungen (z. B. Röntgenaufnahmen) abgerechnet werden.

2. Die Vertragspartner werden jährlich über eine Anpassung der Gebühren nach Nr. 1 für das Folgejahr verhandeln.
3. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.

**Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz), Vorderseite**

Gültig ab 2000

**Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)**

Name und Anschrift des Gutachters

┌

┐

Name der Krankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
Versicherten-Nr	

└

┘

Wir bitten um Begutachtung der laut anliegendem Behandlungsplan vorgesehenen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion mit dem Ziel festzustellen, ob eine Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V / Abschnitt B, VII, Nr. 2 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vorliegt.

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

┐

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle, ausgefüllter Vordruck „Begutachtung von Implantaten“) dem Gutachter unverzüglich zur Verfügung.

**Muster**

└

┘

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

**Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz), Rückseite**

**Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)**

Hinweis für den Zahnarzt  
Bitte in den Abschnitten 1 und 2 nur die fett umrandelten Felder sowie den Abschnitt 3 ausfüllen und zusammen mit den Befundunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) an den Gutachter senden.

1. Befundunterlagen und Vorbehandlung							
Vorbehandlung	Zahnarzt		Gutachter		Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbare Zahnfilme		
Par-Behandlung abgeschlossen					Fixierte, auswertbare Modelle		
Chirurgische/kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
					Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen									
Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein	Ja	Nein
Tumoroperationen					Unfällen				
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Osteopathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes	Ja	Nein
Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters	Ja	Nein
Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

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

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters

Muster