

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

Zuletzt geändert am 19.02.2024, mit Wirkung ab dem 01.01.2025

§ 1

Antrags-/Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Anhand des Befunds ist vom Vertragszahnarzt ein Heil- und Kostenplan (HKP) mit den nach § 11 der Anlage 15 BMV-Z erforderlichen Angaben zu erstellen und an die Krankenkasse zu übermitteln. ²Der HKP ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.
- (2) ¹Für 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 zum Bewilligungsverfahren zulässig. ²Diese Befunde können auch ohne vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse versorgt werden. ³Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5. ⁴Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. ⁵Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Vertragszahnarzt bekannten Härtefällen ist der HKP vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung der Krankenkasse vorzulegen.
- (3) ¹Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen eine Kostenübernahmeerklärung mit Zuschussfestsetzung ab. ²Dies erfolgt durch einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z. ³Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss. ⁴Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. ⁵Behandlungen, 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.
- (4) ¹Wechselt der Versicherte während der Behandlung den Vertragszahnarzt, ist vom neuen Vertragszahnarzt grundsätzlich ein Antrag mit Neuplanung (Neuaufnahme des Behandlungsfalls) zu stellen. ²Es gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.
- (5) ¹Wechselt der Versicherte während der Behandlung die Krankenkasse, informiert die vorherige Krankenkasse den Vertragszahnarzt über den Zeitpunkt des Erlöschens des Leistungsanspruchs des Versicherten. ²Dies erfolgt mittels eines Widerrufs (Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit Verarbeitungskennzeichen „Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs“). ³Der Vertragszahnarzt vermerkt dies in seinem System und fordert den Versicherten beim nächsten Termin in der Praxis auf, den neuen Anspruchsnachweis vorzulegen. ⁴Der Vertragszahnarzt übermittelt den von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten HKP unter zusätzlicher Angabe des Institutionskennzeichens der vorherigen Krankenkasse und des Kennzeichens „Krankenkassenwechsel“ unverzüglich an die neue Krankenkasse. ⁵Die neue Krankenkasse teilt dem Vertragszahnarzt die Kostenübernahme über einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit; eine

erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. ⁶Die laufende Behandlung muss nicht unterbrochen werden. ⁷Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

- (6) ¹Bei nachträglichen Änderungen des Befunds oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Krankenkasse ein neuer HKP als Änderungsantrag mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer zur Neufestsetzung des Zuschusses zu übermitteln. ²Die Krankenkasse meldet dem Vertragszahnarzt, ob sie den Änderungsantrag genehmigt oder ablehnt. ³Im Falle einer Zustimmung widerruft sie die Genehmigung für den ursprünglichen Antrag. ⁴Dies erfolgt durch einen Antwortdatensatz für den neuen Antragsdatensatz und einen Widerruf für den ursprünglichen Datensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z.

§ 2

Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten HKP in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Die Krankenkasse übersendet den HKP (Ausdruck eFormular 3 nach Anlage 14c BMV-Z) unverzüglich einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. ⁶Die 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) ¹Nach Abschluss der Begutachtung teilt die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt mit, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden. ²Dazu übersendet sie einen Antwortdatensatz gemäß § 14 Anlage 15 BMV-Z an den Vertragszahnarzt mit dem Hinweis „Gutachterlich befürwortet“, „Gutachterlich nicht befürwortet“ oder „Gutachterlich teilweise befürwortet“.
- (3) ¹Die 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. ²Die 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. ³Sie benachrichtigt den Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung. ⁴Wird 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 Gutachtaufträgen sind gesamtvertraglich möglich.

§ 3 Planungsgutachten

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-Z innerhalb von vier Wochen Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine 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. ⁴Befunde 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. ⁵Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Vereinbarung. ⁶Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Heil- und Kostenplans. ⁷Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Er setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) zu vergüten.
- (3) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (4) ¹Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem HKP (Ausdruck eFormular 3 der Anlage 14c BMV-Z) zu vermerken. ²Befürwortet der Gutachter den HKP, so leitet er seine schriftliche Stellungnahme der Krankenkasse zu. ³Befürwortet er den HKP nicht, so übersendet er seine Stellungnahme der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt.

§ 4 Mängelgutachten

- (1) ¹Stellt 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. ²Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Vertragszahnarzt zu.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter einen Ausdruck des abgerechneten HKPs, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 3 der Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren Vordrucke 3a und – bei gleichartiger Versorgung – 3b der Anlage 14a zum BMV-Z, im Original oder als Kopie sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln. ²Der Gutachter kann der Krankenkasse anheimstellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. ³Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (3) ¹Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. ⁴Der 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 HKP (im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 3 der Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren die Vordrucke 3a und 3b nach Anlage 14a zum BMV-Z), 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

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

§ 5a

Zahnersatz-Obergutachten

¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum HKP 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. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen. ³Im Übrigen gelten die §§ 3 und 4 entsprechend.

§ 5b

Prothetik-Einigungsausschuss

- (1) ¹Gegen 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. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) ¹Der Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet durch Beschluss in der Sache über Einsprüche des Vertragszahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. ²Gegen 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) ¹Die Kosten des Obergutachtens zur Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ²In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.

- (2) ¹Die Kosten des Obergutachtens im Rahmen der Mängelbegutachtung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ²In 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) ¹In dem Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet dieser nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Regelungen, in welcher Höhe der Krankenkasse oder dem Vertragszahnarzt Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. ²Die Kosten sind der Krankenkasse aufzuerlegen, soweit sich aus den Absätzen 2 und 3 nichts Abweichendes ergibt.
- (2) ¹Im 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. ²Die Kosten des Erstgutachtens trägt die Krankenkasse.
- (3) ¹Im 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. ²In diesem Fall sind dem Vertragszahnarzt auch die Kosten des Erstgutachtens aufzuerlegen. ³Soweit 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) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge 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) ¹Daneben 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. ²Die 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.