

Ergänzungsvereinbarung

zu der Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen sowie das Gutachterwesen zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vom 03.02.2014

zwischen

der **AOK Bremen/Bremerhaven**,
handelnd als AOK-Landesverband für das Land Bremen

dem **BKK Landesverband Mitte**, Siebstr. 4, 30171 Hannover,
zugleich für die **Knappschaft**, Regionaldirektion Hamburg

der **IKK gesund plus**, handelnd als IKK-Landesverband
für das Land Bremen,
zugleich für die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER GEK

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

– nachstehend „Verbände“ genannt –

und

der **Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen**
– nachstehend „KZV“ genannt –

Präambel

Im Lande Bremen existiert ein langjähriges, bewährtes vertragszahnärztliches Gutachterwesen. Die Verbände und die KZV streben einen dauerhaften Erhalt des Gutachterwesens an und verpflichten sich, ihre Mitglieder dazu anzuhalten, alles zu unterlassen, was diesem gemeinsamen Ziel widerspricht.

§ 1 Bestellung der Gutachter

- (1) Die KZV und die Verbände können Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten
 - a) bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) gemäß Anlage 7a zum BMV-Z/Anlage 3 zum EKVZ,
 - b) bei kieferorthopädischen Maßnahmen gemäß Anlage 15 zum BMV-Z/EKVZ,
 - c) bei der Behandlung von Parodontopathien gemäß Anlage 16 zum BMV-Z/EKVZ,
 - d) bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gemäß Anlage 17 BMV-Z/EKVZ vorschlagen.
- (2) Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt die KZV Gutachter sowie Zahnersatz- und KG-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. Die Zahnersatz-Obergutachter werden im Einvernehmen mit den Ersatzkassen bestellt. Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund verweigert werden.
- (3) Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt für eine Amtsdauer von sechs Jahren und kann - außer im Falle der erstmaligen Bestellung - nur einvernehmlich widerrufen werden. Bei erstmaliger Bestellung des Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des ersten Jahres von jeder Seite gekündigt werden. Die Verbände können hierbei nur gemeinsam und einheitlich handeln. Sofern das Widerrufsrecht nicht ausgeübt wird, gilt der erstmalig bestellte Gutachter für seine laufende Amtsperiode als bestellt.
- (4) Einmalig für die mit Wirkung bis zum 31.12.2016 einvernehmlich berufenen Gutachter und Obergutachter verlängert sich die Amtsdauer bis zum 31.12.2018. Für Gutachter oder Obergutachter, die vor dem 31.12.2018 neu berufen werden, gilt Satz 1 sinngemäß.
- (5) Gutachter und Obergutachter, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits im Einvernehmen mit den Verbänden bestellt waren, bleiben auch weiterhin im Amt.
- (6) Die Krankenkasse soll in Begutachtungsfällen einen Gutachter beauftragen, der für den KZV-Bereich bestellt ist, in dem der Zahnarzt seinen Sitz hat. In Ausnahmefällen, z.B. bei Wohnortwechsel des Versicherten, kann hiervon abgewichen werden. Um Verzögerungen bei der Erstellung von Gutachten zu vermeiden, sollen die Krankenkassen darauf achten, dass Begutachtungsaufträge gleichmäßig auf alle Gutachter verteilt werden.

- (7) Die KZV stellt den Verbänden bei Änderungen ein aktuelles Verzeichnis der Gutachter zur Verfügung. Die Zusendung erfolgt auf elektronischen Wege.

§ 2 Gutachtertagung

- (1) Für alle Gutachter findet einmal pro Jahr verpflichtend eine Gutachtertagung statt. Vertreter der Verbände können an dieser Gutachtertagung teilnehmen.
- (2) Die KZV informiert die Verbände 8 Wochen vorher über den Termin der Gutachtertagung.
- (3) Die namentliche Benennung der Vertreter der Verbände erfolgt durch die Verbände bis 4 Wochen vor der Gutachtertagung. Je Verband und Ersatzkasse kann maximal 1 Teilnehmer benannt werden.

§ 3 Gutachterverfahren Kieferorthopädische Maßnahmen gemäß Anlage 15 zum BMV-Z/EKVZ Behandlung von Parodontopathien gemäß Anlage 16 zum BMV-Z/EKVZ Versorgung mit Zahnersatz/Zahnkronen Anlage 17 zum BMV-Z/EKVZ

Es gilt die Bundesgutachtervereinbarung vom 01.04.2014

§ 4 Gutachterverfahren Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) gemäß Anlage 7a zum BMV-Z/Anlage 3 zum EKVZ¹

- (1) Zum Verfahrensablauf des Gutachterverfahrens für eine Behandlungsplanung und die Berechnung der Gutachterkosten gelten analog die Modalitäten des Gutachterverfahrens wie bei der Versorgung mit Zahnersatz/Zahnkronen gemäß Anlage 17 zum BMV-Z/EKV, außer den §§ 4, 5b und 6b.
- (2) Für das Gutachterverfahren bei den Primärkassen sind die Mustervordrucke gemäß dem gültigen BMV-Z zu verwenden.
Für das Gutachterverfahren bei den Ersatzkassen sind die Mustervordrucke gemäß Anlage 1 und 6b dieser Vereinbarung zu verwenden.

§ 5a Widerspruchsverfahren Versorgung mit Zahnersatz/Zahnkronen

- (1) Die Gesamtvertragspartner vereinbaren, dass über Widersprüche des Zahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters für die

¹ Die Vereinbarung über das Gutachterverfahren für Behandlungen von Kiefergelenkserkrankungen vom 02.07.2007 tritt außer Kraft.

- a) Ersatzkassen das Obergutachterverfahren gemäß § 5a Anlage 17 zum BMV-Z/EKVZ,
- b) Primärkassen das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss - nachstehend PEA genannt - gemäß § 5b Anlage 17 zum BMV-Z/EKVZ

durchzuführen ist.

- (2) Werden im Obergutachterverfahren zu Abs. 1a) mangelhafte prothetische Leistungen festgestellt, so entscheidet auf Antrag der Ersatzkasse der Vorstand der KZV entsprechend § 21 Abs. 2 EKVZ nach bestandskräftiger Durchführung des Gutachterverfahrens über daraus resultierende Ansprüche der Ersatzkasse gegen einen Zahnarzt aufgrund mangelhafter prothetischer Leistungen auf Basis der Aktenlage als letzte Widerspruchsinstanz. Der Vorstand der KZV entscheidet auch über die Auferlegung von Gutachter- und/oder Obergutachterkosten in den Fällen gemäß § 6 Abs. 1 und 2.
- (3) Stellt der Gutachter und/oder der Obergutachter Ausführungs- und/oder Planungsmängel fest, und legt der Zahnarzt gegen die Stellungnahme keinen Widerspruch ein, so ist die Ersatzkasse binnen sechs Monaten nach Ablauf der Rechtsmittelfrist des Zahnarztes berechtigt, einen Schadensersatzanspruch gegen den Zahnarzt bei der KZV zu beantragen, über den der Vorstand der KZV innerhalb von sechs Monaten nach Eingang des Antrages der Ersatzkasse entscheidet.
- (4) Das Verfahren vor dem PEA zu Abs. 1b wird in der Verfahrensordnung für den PEA/Widerspruchsstelle für den PEA vom 01.04.2015 geregelt.

§ 5b

Widerspruchsverfahren Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)

- (1) Die Gesamtvertragspartner vereinbaren, dass über Widersprüche des Zahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters zu der Behandlungsplanung das Obergutachterverfahren analog zu § 5a Anlage 17 zum BMV-Z/EKVZ durchzuführen ist.

§ 6

Kostentragung im Obergutachterverfahren

- (1) Die Kosten des Gutachtens und des Obergutachtens zur Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Widerspruch des Zahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. In diesem Fall hat der Zahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.
Der Obergutachter führt in seiner Stellungnahme auf, ob der Widerspruch des Zahnarztes erfolgreich, teilweise erfolgreich oder erfolglos ist. Im Falle eines teilweise erfolgreichen Einspruches werden dem Zahnarzt 50% der Kosten für das Obergutachten auferlegt.
- (2) Die Kosten des Gutachtens und des Obergutachtens im Rahmen der Mängelbegutachtung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Widerspruch des Zahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos oder teilweise erfolglos. In diesem Fall hat der Zahnarzt soweit obergutachterlich die Notwendigkeit einer vollständigen Neuherstellung der prothetischen Versorgung festgestellt wird, die Kosten des Gutachters und des Ober-

gutachters vollständig, soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuanfertigung oder Nachbesserung festgestellt wird, anteilig zu tragen.

Im Falle einer anteiligen Auferlegung der Kosten werden dem Zahnarzt 50% der Gutachter- und Obergutachterkosten auferlegt.

- (3) Der Vorstand der KZV entscheidet, wenn er die Stellungnahme des Gutachters oder Obergutachters bestätigt, nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 über die Kosten des Rechtsmittels. Für das Verfahren vor dem Vorstand werden keine Kosten erhoben. Trifft der Vorstand der KZV eine von der gutachterlichen Stellungnahme abweichende Entscheidung, so entscheidet der Vorstand der KZV nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 einheitlich über die Kosten des Begutachtungsverfahrens.
- (4) In den Fällen des § 5a Abs. 3 entscheidet der Vorstand der KZV über die Begutachtungskosten. Bleibt der Widerspruch des Zahnarztes erfolglos, so sind ihm die Kosten der Begutachtung aufzuerlegen, bleibt er teilweise erfolglos so trägt er die Begutachtungskosten zu 50 %.

§ 7

Kostentragung im Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss

- (1) In dem Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss (PEA) entscheidet dieser nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Regelungen, in welcher Höhe der Krankenkasse oder dem Zahnarzt Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Die Kosten sind der Krankenkasse aufzuerlegen, soweit sich aus den Absätzen 2 und 3 nichts Abweichendes ergibt.
- (2) Im Rahmen der Überprüfung der Behandlungsplanung sind die Kosten des Verfahrens vor dem PEA dem Zahnarzt vollständig oder anteilig aufzuerlegen, wenn sein Widerspruch gegen das Planungsgutachten erfolglos bleibt.
Der PEA führt in seiner Stellungnahme auf, ob der Widerspruch des Zahnarztes erfolgreich, teilweise erfolgreich oder erfolglos ist. Im Falle eines teilweise erfolgreichen Widerspruchs werden dem Zahnarzt 50% der Kosten für das Verfahren vor dem PEA auferlegt.
- (3) Im Rahmen der Überprüfung zu ausgeführten prothetischen Leistungen sind die Kosten des Verfahrens vor dem PEA dem Zahnarzt aufzuerlegen, wenn sein Widerspruch gegen das Mängelgutachten erfolglos oder teilweise erfolglos bleibt. Soweit der PEA die Notwendigkeit einer vollständigen Neuanfertigung der prothetischen Versorgung feststellt, sind dem Zahnarzt die Kosten vollständig, soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuanfertigung oder Nachbesserung festgestellt wird, anteilig aufzuerlegen.
Im Falle einer anteiligen Auferlegung der Kosten, werden dem Zahnarzt 50% der Kosten für das Gutachten und 50% der Kosten für das Verfahren vor dem PEA auferlegt.
- (4) Die Kosten des Verfahrens vor dem PEA sind in der Höhe nach auf diejenigen Kosten begrenzt, die im Falle der Durchführung eines Obergutachterverfahrens gemäß § 5a Anlage 17 zum BMV-Z/EKVZ anfallen würden.

§ 8
Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Sollten sich einzelne Bestimmungen dieser Ergänzungsvereinbarung als unwirksam erweisen, gelten die übrigen Bestimmungen fort. Anstelle der unwirksamen Bestimmung werden die Vertragspartner eine Regelung vereinbaren, die der unwirksamen Bestimmung in ihrer Zielsetzung am nächsten kommt.
- (2) Die Ergänzungsvereinbarung tritt zum 01.05.2015 in Kraft.
- (3) Die Ergänzungsvereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2015, gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Ergänzungsvereinbarung bleibt die gekündigte Vereinbarung gültig.

Bremen, den 01.04.2015

Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven
als Landesverband für das Land Bremen

BKK Landesverband Mitte,
zugleich für die Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Bremen

IKK gesund plus, handelnd als
IKK-Landesverband für das Land Bremen,
zugleich für die SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

Name und Anschrift der Kasse

Auftrag zur Begutachtung geplanter Kiefergelenksbehandlungen

| |
|-----------------------------------|
| Name und Anschrift des Gutachters |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Behandlungsplanes.

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Durchschrift dieses Auftrages ist dem Zahnarzt übersandt worden.

Er wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter unverzüglich, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

(Ort / Datum)

(Stempel der Kasse und Unterschrift)

Name und Anschrift der Kasse

Auftrag zur Begutachtung geplanter Kiefergelenksbehandlungen

| |
|-----------------------------------|
| Name und Anschrift des Gutachters |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Behandlungsplanes.

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Sie werden gebeten, die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter unverzüglich, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen.

(Ort / Datum)

(Stempel der Kasse und Unterschrift)

| |
|---|
| Durchschrift von der Kasse an den Zahnarzt zu senden |
|---|

Name und Anschrift der Kasse

Auftrag zur Begutachtung geplanter Kiefergelenksbehandlungen

| |
|-----------------------------------|
| Name und Anschrift des Gutachters |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Behandlungsplanes.

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Es wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter unverzüglich, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

(Ort / Datum)

(Stempel der Kasse und Unterschrift)

| |
|-------------------------------|
| Durchschrift für die Kasse |
|-------------------------------|

Anlage 6b zum EKV-Z

Anlage 6 b (Blatt 1)

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

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

Begutachtung

Die Begutachtung der

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

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | | | | | | | | | |
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | | | | | | | | | | |
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Erläuterungen / Befund:

- f = fehlender Zahn
- } = Lückenschluss
- e = bereits ersetzter Zahn
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
- k = vorhandene Krone
- t = vorhandene Teleskop-/Konuskronen
- b = vorhandenes Brückenglied
- i = Implantat
- a = Adhäsivbrücke

Ergebnis

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

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

vom Gutachter an den Zahnarzt zu senden

(Ort / Datum)

(Unterschrift und Stempel des Gutachters)

vom Gutachter an die Krankenkasse zu senden

Anlage 6 b (Blatt 2)

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

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

Begutachtung

Die Begutachtung der

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

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Erläuterungen / Befund:

- f = fehlender Zahn
- () = Lückenschluss
- e = bereits ersetzter Zahn
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
- k = vorhandene Krone
- t = vorhandene Teleskop-/Konuskronen
- b = vorhandenes Brückenglied
- i = Implantat
- a = Adhäsivbrücke

Ergebnis

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

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

(Ort / Datum)

(Unterschrift und Stempel des Gutachters)

Durchschrift für den Gutachter

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

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

Begutachtung

Die Begutachtung der

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

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Befund | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | |

Erläuterungen / Befund:

- f = fehlender Zahn
- () = Lückenschluss
- e = bereits ersetzter Zahn
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
- k = vorhandene Krone
- t = vorhandene Teleskop-/Konuskrone
- b = vorhandenes Brückenglied
- i = Implantat
- a = Adhasivbrücke

Ergebnis

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

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

(Ort / Datum)

(Unterschrift und Stempel des Gutachters)