

**Vertragszahnärztliche  
Begutachtung**

**im Festzuschuss-System**

**Verfahrensabsprache im Bereich  
Zahnersatz**

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>I. PRÄAMBEL.....</b>	<b>3</b>
<b>II. UMSETZUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>III. PLANUNGSGUTACHTEN .....</b>	<b>4</b>
Grundsätzliches .....	4
Regelversorgung und Wirtschaftlichkeit.....	4
Abzuhandelnde Bestandteile in der Begutachtung.....	4
Vertragsgutachter prüft bei Regel-, gleichartiger und andersartiger Versorgung .....	5
Vertragsgutachter prüft bei Planungen von Suprakonstruktionen .....	6
Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen .....	6
<b>IV. MÄNGELGUTACHTEN .....</b>	<b>6</b>
Grundsätzliches .....	6
Reine Privatleistungen.....	6
Vertragsgutachter prüft bei Regelversorgung .....	6
Vertragsgutachter prüft bei gleichartiger Versorgung.....	7
Vertragsgutachter prüft bei andersartiger Versorgung.....	7
<b>V. EINSCHALTUNG DER GREMIEN DER KZV .....</b>	<b>7</b>
Regelversorgung.....	7
Gleichartige Versorgung .....	8
Andersartige Versorgung/direkt abgerechnete Mischfälle.....	8
<b>VI. KOSTENREGELUNG .....</b>	<b>8</b>
<b>VII. INKRAFTTRETEN UND LAUFZEIT .....</b>	<b>8</b>

## I.

### Präambel

Die Einführung des Festzuschuss-Systems mit den §§ 55ff SGB V durch das GMG hat auch Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Begutachtung, da der Gesetzgeber mit § 87 Abs. 1 SGB V eine Regelung geschaffen hat, die sowohl den öffentlichen als auch den privaten Rechtskreis berührt. Bisher konnte auf Bundesebene noch keine einvernehmliche Gutachtervereinbarung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeschlossen werden, so dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung im Lande Bremen in Anlehnung an den übereinstimmenden Entwurf der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Anlage 12 zum BMV-Z) eine Verfahrensabsprache mit den Landesverbänden der Bremer Primär-Krankenkassen getroffen hat.

Die Auswirkungen der rechtlichen Situation auf das Gutachterwesen sind Gegenstand dieser Absprache. Zu unterscheiden sind zwei Stufen der Begutachtung:

1. Im Vorfeld der Behandlung die Begutachtung des Heil- und Kostenplanes (Planungsgutachten) und
2. die Begutachtung in der Folge von angenommenen Mängeln (Mängelgutachten).

Für den Fall, dass bei einer Versorgungsform mit privaten Elementen und Auszahlung eines Festzuschusses ein Mangel an der tatsächlich durchgeführten Arbeit geltend gemacht wird, muss die Möglichkeit für die Krankenkasse bestehen, den vermuteten Mangel begutachten zu lassen, um ggf. eine Rückzahlung des Festzuschusses zu erreichen. Gleichzeitig muss auch dem Zahnarzt die Möglichkeit eingeräumt werden, einem Gutachten zu widersprechen. In solch einem Fall kann der Vertragsgutachter auch die medizinischen Aspekte der außervertraglichen Leistungen begutachten. Sobald sich die Krankenkasse mit einem Zahnersatzzuschuss beteiligt, handelt es sich grundsätzlich um eine aus dem SGB V resultierende Handlung, die auch die KZV tangiert, so dass hierdurch die Möglichkeit einer Verfahrensabsprache besteht. Gleichzeitig kann hierdurch auch eine Verfahrensverkürzung im Interesse des Patienten, des Zahnarztes und der Krankenkasse ermöglicht werden. Das bisherige Vertragsgutachtersystem hat sich für alle Beteiligten bewährt und die Krankenkassen brauchen nicht vermehrt den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder andere Beratungszahnärzte beauftragen.

Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Absprache. Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen darüber, dass soweit sich gesetzliche Änderungen sowie vertragliche Änderungen ergeben, die diese Verfahrensabsprache tangieren, mit deren In-Kraft-Treten diese Verfahrensabsprache außer Kraft tritt, es sei denn, die Vertragspartner verständigen sich auf eine Fortgeltung bzw. Modifizierung.

## II.

### Umsetzung

Problemlos sind die Fälle der Regelversorgung, da hier uneingeschränkt das „alte“ Recht mit allen Instanzen weiterhin gilt. Für Behandlungen, für die das Privatrecht Anwendung findet, also zum Teil beim gleichartigen Zahnersatz, Mischfällen und insgesamt bei andersartigem Zahnersatz sind Begutachtungen differenzierter zu betrachten, da für die Honorarabrechnung für private Leistungen die Gremien der KZV Bremen nicht zuständig sind. Hierfür gelten vielmehr die dienstvertraglichen Bestimmungen des BGB und die GOZ.

Somit sind auch die Prüfungskompetenzen der KZV-Gremien neu festzulegen. Der Sicherstellungsauftrag der KZVen gemäß § 75 Abs. 1 SGB V erstreckt sich auf die vertragszahnärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang. Danach umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung auch die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit Sie § 56 Abs. 2 SGB V entspricht. Dies hat zur Folge, dass die Regelungen des Vertragszahnarztrechts einschließlich des Sicherstellungsauftrages gemäß § 75 SGB

V in vollem Umfang zur Anwendung gelangen. In den Fällen des § 55 Abs. 5 (andersartige Versorgung) gehört die zahnärztliche Versorgung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Dies hat zur Folge, dass bei andersartigen Versorgungsungen und den privaten Elementen der gleichartigen Versorgung die sozialgesetzlich vorgeschriebene Gewährleistung nicht gilt. Die gemäß Bundesschiedsspruch vom 13.12.93 zuständigen Stellen der KZVen können für diese Fälle keine rechtswirksamen Beschlüsse erstellen. Ungeachtet dessen bietet die KZV Bremen in Anlehnung an die BSG-Rechtsprechung zum Festzuschuss-System 1998 den Krankenkassen an, dass die KZV-Gremien weiterhin auch für Mängelfälle in zweiter Instanz eine Prüfung vornehmen können, ob der Zahnersatz frei von Fehlern und Mängeln ist. Dies hat den Vorteil, dass in der Regel das Mängelverfahren abgekürzt werden kann. Es besteht allerdings bei mangelhaftem andersartigen Zahnersatz und direkt abgerechneten Mischfällen keine Beschlussfähigkeit und somit keine verbindliche Möglichkeit der Rückabwicklung des Festzuschusses über die KZV Bremen.

### **III.**

#### **Planungsgutachten**

##### **Grundsätzliches**

Dem behandelnden Zahnarzt bleibt die Entscheidung über Art und Umfang der prothetischen Versorgung unter Berücksichtigung der Festzuschussrichtlinien und der Zahnersatzrichtlinien vorbehalten. Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Heil- und Kostenplan in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. In diesem Fall übersendet sie den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis.

Befunde und die geplante Versorgung sind insbesondere nach den Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien 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. Die Bewertung der Sachverhalte muss so erfolgen, dass der Sachbearbeiter die Aussagen verstehen kann und die Gesamtaussage eine Entscheidung der Krankenkasse zulässt.

##### **Regelversorgung und Wirtschaftlichkeit**

- Die befundbezogenen Regelversorgungen stellen gemäß Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses wirtschaftliche Versorgungsungen dar. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ihnen diese Eigenschaft als anerkannte und bewährte Methode zugeschrieben.
- Die Frage nach einer wirtschaftlicheren Versorgung stellt sich bei der befundbezogenen Be-zuschussung nicht mehr.

##### **Abzuhandelnde Bestandteile in der Begutachtung**

1. Die Indikation für Zahnersatz ist zu prüfen.
2. Die aufgelisteten Befunde im HKP sind zu überprüfen und die Richtigkeit ist zu bestätigen oder zu verneinen.
3. Die Zuordnung der Regelversorgung ist zu überprüfen. Auf Fehler ist im Gutachten hinzuweisen. Grundlage bei der Beurteilung sind die Festzuschuss-Richtlinien.
4. Die Indikation einer Regelversorgung ist von röntgenologischen und klinischen Befunden abhängig zu machen. Hierbei sind die Zahnersatz-Richtlinien zu berücksichtigen.
5. Wenn jenseits der Regelversorgung eine andere Therapie geplant ist, ist deren Indikation auf der Grundlage anerkannter Behandlungsstandards zu prüfen. Der Vertragsgutachter kann sich im Gutachten sinngemäß äußern: Die Therapieplanung ist indiziert bzw. ist nicht

indiziert. Bei Nichtzustimmung oder eingeschränkter Zustimmung ist im Gutachten eine Begründung anzugeben (Basis: Richtlinien). D.h. bei richtiger Indikation für die Krankenkasse, dass der Festzuschuss für die Regelversorgung übernommen werden kann und bei Nichtindikation keine Verpflichtung für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse besteht. Bei Neuplanung gemäß Gutachten oder abweichender Zustimmung ist der Krankenkasse ein entsprechend geänderter Heil- und Kostenplan vom Behandler einzureichen. Dieser Plan kann auch dem Gutachter zugesendet werden, der ihn dann zusammen mit seinem Gutachten der Krankenkasse vorlegt.

6. Bei risikoreichen Versorgungen mit der Gefahr des Erfordernisses einer vorzeitigen Neuankündigung oder aufwändiger Nachsorge muss dies im Gutachten erwähnt werden.
7. Fragen zu den Kosten nach der GOZ (incl. BEB) sind nicht zu beantworten. Hier kann nur der Hinweis gegeben werden, dass die Zahnärztekammer Bremen dafür zuständig ist.

### Vertragsgutachter prüft bei Regel-, gleichartiger und andersartiger Versorgung

- ob der im Heil- und Kostenplan angegebene Befund zutreffend ist:
  - Wenn der Befund zutrifft, ist zu prüfen, ob die daraus resultierende Regelversorgung gemäß den Festzuschuss-Richtlinien richtig ist.
  - Dabei ist auch die Eignung der Zähne zur Versorgung mit einer Einzelzahnkrone oder als Brückenanker nach dem röntgenologischen und klinischen Befund sowie den Zahnersatzrichtlinien zu bewerten. Unter Umständen ergibt sich dann eine andere Regelversorgung. Beispiel: Im Oberkiefer fehlen zwei Zähne. Der Brückenfestzuschuss als Regelversorgung kann nur gewährt werden, wenn die Pfeiler als Brückenanker geeignet sind. Sofern dies nicht der Fall sein sollte, würde festsitzender Zahnersatz nicht angezeigt sein und der Patient würde nur den Festzuschuss für eine Modellguss-Prothese bekommen (festsitzender Zahnersatz in der Therapie würde dann keinen Festzuschuss auslösen).
- ob eine Versorgungsnotwendigkeit besteht:
  - Zahnersatz ist angezeigt, wenn vorhandener Zahnersatz nicht durch Wiederherstellungsmaßnahmen funktionstüchtig gemacht werden kann.
  - Die Notwendigkeit einer geplanten Versorgung wird bestimmt durch die Befunde und durch die Eignung der Zähne für die geplante Versorgung. Die Befunde und Umsetzung in die Symbole des Heil- und Kostenplanes geben allein noch keinen Aufschluss über die Indikation einer Versorgung. Die Darstellung des Befundes durch Symbole liefert allein die formalen Voraussetzungen für eine Regelversorgung. Mit der Eintragung eines Befundes allein ist z. B. nichts über die Eignung eines Zahnes für eine Einzelkrone oder Brückenglied gesagt.
  - Die Beurteilung der Indikation einer Versorgung orientiert sich an fachlich zahnmedizinischen Aspekten und nicht an formalen Kriterien.
- ob die Versorgung richtlinienkonform ist:
  - Wenn z.B. nach der röntgenologischen und klinischen Beurteilung eine festsitzende Versorgung zahnmedizinisch contraindiziert ist, ist dies im Gutachten anzugeben. Hierdurch erhält die Krankenkasse die Information, dass keine festsitzende Versorgung mehr angezeigt ist.
  - Wenn z. B. die Zahnersatz-Richtlinien eine Versorgung ausgrenzen, die der Patient wünscht, so würde kein Festzuschuss ausgelöst werden.
- ob eine Gesamtplanung vorliegt:
  - Ist dies nicht der Fall, so ist zu prüfen, ob eine Versorgungsnotwendigkeit des gesamten Befundes besteht.
  - Würde eine Teilversorgung bei einer ansonsten notwendigen Gesamtversorgung geplant werden, die im Zusammenhang mit einem Festzuschuss steht, so kann der Zuschuss erst nach erfolgter Versorgung des Gesamtbefundes gewährt werden. Hierauf sollte im Gutachten hingewiesen werden.

### Vertragsgutachter prüft bei Planungen von Suprakonstruktionen

- ob die ZE-Richtlinien-Voraussetzung Nr. 11 i vorliegt „Voraussetzung für die Versorgung mit Suprakonstruktionen ist die Osseointegration der Implantate“
- die Voraussetzungen, die unter „Grundsätzliches“ beschrieben sind,
- ob es sich um eine Regelversorgung oder andersartige Versorgungsform handelt:  
Regelversorgung: bei Suprakonstruktionsplanungen sind nur Einzelzahnkronen, wenn nach den Zahnersatz-Richtlinien die Voraussetzung Nr. 36 a oder bei einem zahnlosen atrophierten Kiefer Richtlinie Nr. 36 b vorliegt, als Regelversorgung anzusehen  
Andersartige Versorgung: Alle anderen Suprakonstruktionen gelten als andersartige Versorgung

### Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

- bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (Nrn. 800ff GOZ):
  - Vertragsgutachter dürfen keine Aussage darüber machen, ob die geplanten Leistungen erforderlich sind.
  - Sofern diese Leistungen mit auf dem Vertrags-HKP, Blatt 2, aufgeführt sind, sollte der Gutachter im kollegialen Gespräch den Behandler darauf hinweisen, dass diese Leistungen komplett privat zu vereinbaren sind.

## IV. Mängelgutachten

### Grundsätzliches

Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei regel-, gleich- oder andersartigen Versorgungs ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- und Ausführungsmängeln überprüfen lassen. Die Möglichkeit einer Begutachtung der andersartigen Versorgungs und der Mischfälle durch die Vertragsgutachter ergibt sich aus der Protokollnotiz zum Entwurf der Anlage 12 zum BMV-Z / § 25 Ersatzkassenvertrag. Hiernach lautet die Protokollnotiz: „Zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungs und sogenannten Mischfällen (Nr. 7 d) der Anlage 3 BMV-Z / Anlage 4 Ersatzkassenvertrag ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann.“

### Reine Privatleistungen

Reine Privatleistungen, die aufgrund einer privaten Behandlungsvereinbarung erbracht worden sind, können nicht vom Vertragsgutachter beurteilt werden. Hierfür sind die KZV-Gremien nicht zuständig (z. B. implantologische Behandlung, Zweitprothese u. a.). Hier kann nur der Hinweis gegeben werden, dass die Zahnärztekammer Bremen dafür zuständig ist.

### Vertragsgutachter prüft bei Regelversorgung

- ob der Zahnersatz/Zahnkronen nach den GKV-Rahmenbedingungen frei von Fehlern und Mängeln ist:
  - Bei festgestellten Mängeln sind diese im Gutachten zu nennen sowie ggf. eine Mitteilung, ob diese durch Nachbesserung oder Neuanfertigung zu beheben sind.
  - Eine Stellungnahme zu außervertraglichen Versorgungselementen (Nrn. 800ff und Nrn. 900ff GOZ) darf nicht abgegeben werden.

### Vertragsgutachter prüft bei gleichartiger Versorgung

- bei Elementen privater Mehrleistungen, die untrennbar von der Regelleistung zu beurteilen sind, kann nicht immer eine klare Trennung zwischen vertraglichen und privaten Leistungen gefunden werden. Hierbei handelt es sich immer um eine Einzelfallentscheidung. So ist z.B. bei der Beurteilung der Bisslage bei gleichartigem Kombinationszahnersatz oder bei mangelhaften Randschlüssen von Verblendkronen außerhalb der Verblendrichtlinien o.ä. eine Beurteilung erforderlich. Somit prüft der Vertragsgutachter:
  - ob die Elemente der Regelversorgung frei von Fehlern und Mängeln sind
  - die Bisslage bzw. Artikulations- und Okklusionsverhältnisse
  - bei festsitzendem Zahnersatz die Randschlüsse der Kronen/Teleskopkronen
  - ob ein Planungsfehler in der klinischen Beurteilung vorliegt
- nicht geprüft werden kann bei den gleichartigen Versorgungsformen ob
  - die gewählte Versorgungsform die richtige Wahl gewesen ist, da dies die Wahlmöglichkeit des Patienten mit seinem Behandler betrifft
  - bei den Kriterien, die sich erst durch die gleichartige Versorgungsform ergeben (z. B. zusätzliche Verblendung oder vollkeramische Restauration o. ä.) die an die höherwertige Versorgung geknüpften Erwartungen des Patienten bezüglich Farbe und Erscheinungsbild erfüllt sind.

### Vertragsgutachter prüft bei andersartiger Versorgung

- bei den andersartigen Versorgungsformen kann nur geprüft werden
  - die Bisslage bzw. Artikulations- und Okklusionsverhältnisse
  - bei festsitzendem Zahnersatz die Randschlüsse der Kronen/Teleskopkronen
  - ob ein Planungsfehler in der klinischen Beurteilung vorliegt
- nicht geprüft werden kann bei den andersartigen Versorgungsformen ob
  - die gewählte Versorgungsform die richtige Wahl gewesen ist, da dies die Wahlmöglichkeit des Patienten mit seinem Behandler betrifft
  - die an die andersartige (höherwertige) Versorgung geknüpften Erwartungen des Patienten bezüglich Farbe und Erscheinungsbild erfüllt sind
  - die gesetzlich ausgegrenzten Leistungen (Nrn. 800ff und 900ff) lege artis erbracht worden sind. Dies bedeutet z.B., bei einer andersartigen Suprakonstruktion können zwar die Bisslage und die Randschlüsse beurteilt werden, nicht aber, ob das Implantat korrekt sitzt bzw. gesetzt wurde. Hier kann im Gutachten nur sinngemäß der Hinweis gegeben werden, dass keine Fehler und Mängel in der Anfertigung der Suprakonstruktion festgestellt werden können. Er kann aber im Gutachten einen Hinweis geben, dass die Probleme im Zusammenhang mit den implantologischen Leistungen stehen können, die Prüfung aber nicht Gegenstand dieser Begutachtung ist.
  - ob ggf. eine Neuversorgung erforderlich ist.

## V.

### Einschaltung der Gremien der KZV

#### Regelversorgung

Bei Einspruch gegen ein Planungsgutachten oder Widerspruch gegen ein Mängelgutachten kann durch den Zahnarzt oder die Krankenkasse innerhalb der vereinbarten Frist der Prothetik-Einigungsausschuss angerufen werden. Dieser entscheidet gemäß der Verfahrensordnung für den PEA über den Einspruch/Widerspruch. Der PEA entscheidet auch über die Verschuldensfrage im Rahmen der Gewährleistungspflicht gemäß § 136b Abs. 2 SGB V. Die Antragsfrist für Mängelansprüche bei prothetischen Leistungen beim PEA beträgt 24 Monate nach der definiti-

ven Eingliederung (Eingliederungsdatum auf dem Heil- und Kostenplan). Diese Frist wird durch die Anrufung des Gutachters gehemmt. Eine eventuelle Rückzahlung ist über die KZV Bremen abzuwickeln.

#### Gleichartige Versorgung

Grundsätzlich wie bei Regelversorgung; allerdings kann auch hier bei festgestellten Fehlern und Mängeln, die der Zahnarzt zu verantworten hat, nur eine eventuelle Rückzahlung des Festzuschusses über die KZV abgewickelt werden.

#### Andersartige Versorgung/direkt abgerechnete Mischfälle

Bei Einspruch gegen ein Planungsgutachten oder Widerspruch gegen ein Mängelgutachten kann der PEA auf Antrag der Beteiligten eine weitere fachliche Stellungnahme abgeben. Eine darüber hinausgehende Feststellung, z. B. über die Verschuldensfrage kann nicht vorgenommen werden. Der PEA kann zwar keine Rückzahlung beschließen, aber mit dem Behandler eine einvernehmliche Lösung finden.

### VI.

#### Kostenregelung

*(vorbehaltlich einer entsprechenden Regelung auf Bundesebene)*

Für Vertragsgutachten finden die vertraglich vereinbarten Sätze Anwendung.

Die Privatgutachten werden nach der privaten Gebührenordnung der Zahnärzte/Ärzte berechnet. Die Gebühren sind nach ihrem Aufwand, Umfang und Schwierigkeit angemessen zu bemessen.

Kosten für das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss bzw. vor dem Vorstand werden nicht erhoben.

Die Kosten für vorausgegangene Mängelgutachten können in begründeten Einzelfällen durch den Prothetik-Einigungsausschuss ganz oder teilweise dem Vertragszahnarzt auferlegt werden.

### VII.

#### Inkrafttreten und Laufzeit

Diese Verfahrensabsprache tritt am 01.10.2006 in Kraft. Ihre Anwendung kann von jedem Unterzeichner mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartal für beendet erklärt werden.

Bremen, 28.09.2006

---

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
im Lande Bremen

---

AOK Bremen/Bremerhaven

---

BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen

---

IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt  
– Geschäftsbereich Bremen –



**Protokollnotiz**  
**zu der Verfahrensabsprache Gutachterwesen im Bereich Zahnersatz**  
**vom 28.09.2006**

**1. Abtretungserklärungen / Honorarkonto-Belastungen**

Die Verbände der Primärkassen im Lande Bremen erklären sich grundsätzlich bereit, Abtretungserklärungen für andersartige Versorgungen und direkt abgerechnete Mischfälle zu akzeptieren, wenn der behandelnde Vertragszahnarzt sich bereit erklärt, für einvernehmlich geklärte Regressfälle eine Belastung seines KZV-Honorarkontos über die zurückzuzahlenden GKV-Vergütungen zu akzeptieren. Sofern der behandelnde Vertragszahnarzt der entsprechenden Belastung seines KZV-Honorarkontos zustimmt, wird die KZV darüber hinaus versuchen, bei Bedarf auch auf die Rückzahlung des Patientenanteils hinzuwirken.

In begründeten Einzelfällen können die beteiligten Krankenkassen eine vorliegende Abtretungserklärung ablehnen. Der behandelnde Vertragszahnarzt wird hierüber von der zuständigen Krankenkasse informiert.

Widersprüche bzw. Klagen gegen eine Honorarkonto-Belastung haben aufschiebende Wirkung.

Sollte es im Einzelfall zu unterschiedlichen Auffassungen über die Anerkennung einer Abtretungserklärung oder über die Belastung eines Honorarkontos kommen, streben die Unterzeichner zusammen mit dem betroffenen Vertragszahnarzt eine einvernehmliche Lösung an.

**2. Zahlung der abgetretenen Festzuschüsse**

Die Verbände der Primärkassen sagen zu, die Zahlung abgetretener Vergütungen an den behandelnden Vertragszahnarzt spätestens innerhalb von vier Wochen nach Vorlage aller abrechnungsbegründenden Unterlagen, die vom Vertragszahnarzt zur Verfügung zu stellen sind, vorzunehmen.

Sofern im begründeten Einzelfall die Voraussetzungen zur Zahlung der mit der Genehmigung des HKP festgesetzten Festzuschüsse nicht mehr gegeben sein sollten, informiert die Krankenkasse den Vertragszahnarzt kurzfristig darüber und sendet ihm die Unterlagen zurück.

**3. Inkrafttreten und Laufzeit dieser Protokollnotiz**

Diese Protokollnotiz tritt am 01.10.2006 in Kraft. Ihre Anwendung kann von jedem Unterzeichner mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartal für beendet erklärt werden.

Bremen, den 28.09.2006

---

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
im Lande Bremen

---

AOK Bremen/Bremerhaven

---

BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen

---

IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt  
– Geschäftsbereich Bremen –