

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

Zuletzt geändert am 21.12.2021, mit Wirkung ab dem 01.01.2022

§ 1

Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung erstellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan. ²Im elektronischen Verfahren ist der Antrag nach den in § 9 der Anlage 15 zum BMV-Z genannten Vorgaben zu erstellen und der Krankenkasse auf elektronischem Wege zuzuleiten. ³Im Papierverfahren ist der Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z in zweifacher Ausfertigung zu erstellen; beide Exemplare sind der Krankenkasse zuzuleiten. ⁴Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA), Teil 3. ⁵Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 im elektronischen Verfahren mit einem Verlängerungsantrag gemäß § 9 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.
- (2) ¹Stellt 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 Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. ²Der Vertragszahnarzt hat der Krankenkasse ebenfalls mitzuteilen, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. ³Die Mitteilung erfolgt bei Anwendung des elektronischen Verfahrens durch einen Mitteilungsdatensatz nach § 12 der Anlage 15 zum BMV-Z, beim Papierverfahren durch Übersendung einer weiteren Ausfertigung des Vordrucks 4b.
- (3) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang eine Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt. ²Dies erfolgt im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, bei Anwendung des Papierverfahrens durch Rücksendung eines mit der Kostenübernahmeerklärung versehenen Behandlungsplans. ³Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum grundsätzlich in elektronischer Form an die zuständige KZV. ⁴Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. ⁵Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. ⁶Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln. ⁷Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. ⁸Erfolgt keine Kostenübernahme, hat die Krankenkasse den Vertragszahnarzt hierüber ebenfalls zu unterrichten: im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz nach § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Rücksendung des Behandlungsplans. ⁹Behandlungen, 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) ¹Die 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.

²Näheres regeln die Gesamtvertragspartner auf Landesebene.

§ 2

Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen. 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 erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.
- (2) ¹Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan in zweifacher Ausfertigung (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens. ²Der 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) ¹Die 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. ²Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. ³Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. ⁴Im 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) ¹Kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, hat der Vertragszahnarzt der Krankenkasse anzuzeigen. ²Die Krankenkasse kann diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen.

§ 3

Begutachtung

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung des Vordrucks 6c der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplans. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Behandlungspläne 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. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewährt. 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. ⁴Die Behandlungs- und Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) 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 hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (5) ¹Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplans (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c des BMV-Z, im Papierverfahren Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplans (im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c des BMV-Z, im Papierverfahren den Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) 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) ¹Gegen 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. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV den Behandlungsplan, den Verlängerungsantrag oder die Therapieänderung (im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c des BMV-Z, im Papierverfahren den Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z), 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

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

§ 6
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 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) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ²Die 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.