

## 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 19.02.2024, mit Wirkung ab dem 20.02.2024

#### § 1

#### Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) <sup>1</sup>Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung erstellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan mit den nach § 9 der Anlage 15 BMV-Z erforderlichen Angaben und übermittelt ihn an die Krankenkasse. <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 mit einem Verlängerungsantrag gemäß § 9 der Anlage 15 BMV-Z 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 BMV-Z mitzuteilen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt hat der Krankenkasse ebenfalls mitzuteilen, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. <sup>3</sup>Die Mitteilung erfolgt durch Übersendung eines Mitteilungsdatensatzes nach § 12 der Anlage 15 BMV-Z.
- (3) <sup>1</sup>Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit einer Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum grundsätzlich in 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>Erfolgt keine Kostenübernahme, hat die Krankenkasse den Vertragszahnarzt hierüber ebenfalls mit einem Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z zu unterrichten. <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>Wechselt der Versicherte während der Behandlung den Vertragszahnarzt, ist vom neuen Vertragszahnarzt entweder ein Antrag mit Neuplanung (Neuaufnahme des Behandlungsfalls) zu stellen oder eine Planübernahme (Einstieg in die laufende Behandlung) auf Grundlage des der Krankenkasse bereits vorliegenden Behandlungsplans des vorherigen Vertragszahnarztes zu beantragen. <sup>2</sup>Der vorherige Vertragszahnarzt stellt dem neuen Vertragszahnarzt auf Anforderung die benötigten Unterlagen (bspw. Kopie

bzw. Ausdruck des Antrags mit Angabe der Abschlagsnummer, über die letztmals abgerechnet wurde, Röntgenbilder oder Modelle), ggf. über den Versicherten, zur Verfügung. <sup>3</sup>In Fällen, in denen in die laufende Behandlung eingestiegen wird, erstellt der neue Vertragszahnarzt einen eigenen Antrag mit Verweis auf die Antragsnummer des zuletzt genehmigten Antrags und unter Angabe der Daten zum Versicherten, zur Krankenkasse und zur Praxis sowie der Angabe des Kennzeichens „Einstieg in die Behandlung“ und des Quartals, in dem der Einstieg in die Behandlung erfolgt sowie der Leistungen aus dem zuletzt genehmigten Antrag, die ab dem Einstieg in die Behandlung erbracht werden. <sup>4</sup>Eine im Zusammenhang mit dem Einstieg in die Behandlung geplante Therapieänderung oder Verlängerung muss im Nachgang an den Antrag zum Behandlungseinstieg separat beantragt werden. <sup>5</sup>Entsprechendes gilt für die Mitteilung über zusätzlich erforderliche Leistungen. <sup>6</sup>Der Antrag auf Behandlungseinstieg erfolgt durch Übermittlung des entsprechenden Datensatzes gemäß § 9 der Anlage 15 BMV-Z. <sup>7</sup>Die Krankenkasse informiert den neuen Vertragszahnarzt mit einem Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z über die Genehmigung des Antrags auf Einstieg in die Behandlung; eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. <sup>8</sup>Im Übrigen gelten die Absätze 1 und 3 entsprechend.

- (5) <sup>1</sup>Wechselt der Versicherte während der Behandlung die Krankenkasse, informiert die vorherige Krankenkasse den Vertragszahnarzt über den Zeitpunkt des Erlöschens des Leistungsanspruchs des Versicherten. <sup>2</sup>Dies erfolgt mittels eines Widerrufs (Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit Verarbeitungskennzeichen „Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs“). <sup>3</sup>Der Vertragszahnarzt vermerkt dies in seinem System und fordert den Versicherten beim nächsten Termin in der Praxis auf, den neuen Anspruchsnachweis vorzulegen. <sup>4</sup>Der Vertragszahnarzt übermittelt den von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplan unter zusätzlicher Angabe des Institutionskennzeichens der vorherigen Krankenkasse, des Kennzeichens „Krankenkassenwechsel“ und des Abschlags, bis zu dem mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet wird, unverzüglich an die neue Krankenkasse. <sup>5</sup>Die neue Krankenkasse teilt dem Vertragszahnarzt die Kostenübernahme und das Quartal des Anspruchsbeginns über einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit; eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. <sup>6</sup>Die laufende Behandlung muss nicht unterbrochen werden. <sup>7</sup>Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.
- (6) <sup>1</sup>Bei einer Therapieänderung erstellt der Vertragszahnarzt einen neuen Behandlungsplan unter Angabe der Leistungen, die ab der Genehmigung der Therapieänderung erbracht werden sollen, zur Vorlage bei der Krankenkasse. <sup>2</sup>Diese erfolgt über einen neuen Antragsdatensatz gemäß § 9 der Anlage 15 BMV-Z als Änderungsantrag mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer. <sup>3</sup>Die Krankenkasse meldet dem Vertragszahnarzt, ob sie die Therapieänderung genehmigt oder ablehnt. <sup>4</sup>Dies erfolgt durch einen Antwortdatensatz für den neuen Antragsdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z. <sup>5</sup>Bei Genehmigung bleibt die Leistungszusage der Krankenkasse für den ursprünglichen KFO-Behandlungsplan bis zum Genehmigungsdatum der Therapieänderung bestehen; dessen unbeschadet bleibt die Zusage für Leistungen nach den BEMA-Nrn. 119/120 bis zum Ende des Quartals bestehen, in dem die Genehmigung der Therapieänderung erfolgt.
- (7) <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 in zweifacher Ausfertigung (Ausdruck eFormular 4a nach Anlage 14c BMV-Z) an den Vertragszahnarzt und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens. <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 beabsichtigen 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 (Ausdruck eFormular 4a nach Anlage 14c BMV-Z) 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 den Antrag auf Therapieänderung (Ausdruck eFormular 4a nach Anlage 14c 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**

<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: 80 Punkte

von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung:

- 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.*