

## 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

#### § 1

#### Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) <sup>1</sup>Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. <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 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung 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 zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übersenden. <sup>2</sup>Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) eine weitere Ausfertigung zu übersenden.
- (3) <sup>1</sup>Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang ein Exemplar des Behandlungsplanes mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum in grundsätzlich 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 übersenden.  
  
<sup>6</sup>Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. <sup>7</sup>Der Behandlungsplan ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. <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>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 (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung an den Vertragszahnarzt zurück. <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 beabsichtigten 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 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. <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 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 die Therapieänderung, 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 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) <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.*