

# » Leitfaden für den KFO-Gutachter

Gemäß den Richtlinien des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
für die kieferorthopädische Behandlung

KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG **KZBV**





# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>1. Der KFO-Gutachter in der gesetzlichen Krankenversicherung</b>	<b>6</b>
1.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen	6
1.2 Die Rolle des KFO-Gutachters	7
<b>2. Ablauf des Gutachterverfahrens</b>	<b>10</b>
2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten	10
2.2 Verfahren bei Obergutachten	11
<b>3. Durchführung der Begutachtung</b>	<b>12</b>
3.1 Vorbereitung des Gutachtens	12
3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit und Auswertbarkeit	12
3.3 Prüfung des Behandlungsbedarfs	14
3.4 Prüfung der Behandlungsplanung/Wirtschaftlichkeit	15
<b>4. Inhalt und Aufbau des Gutachtens</b>	<b>18</b>
<b>5. Gutachtergebühren</b>	<b>20</b>
<b>Anhang 1: Rechtsgrundlagen für den KFO-Gutachter</b>	<b>22</b>
1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)	22
1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	23
1.3 Vereinbarung zur Auslegung der Anlage 2 zu Abschnitt B Nr. 2 der geltenden KFO-Richtlinien	34
1.4 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)	36
1.4.1 Auszug aus BMV-Z	36
1.4.2 Gutachtervereinbarung	36
1.4.3 Kieferorthopädischer Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z)	41
1.4.4 Formularblatt Gutachten (Anlage 13 c zum BMV-Z)	42
1.5 Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ )	43
1.5.1 Auszug aus EKVZ	43
1.5.2 Formularblätter	46
1.6 BEMA Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung	47
<b>Anhang 2: Besprechungsergebnisse aus KFO-Gutachtertägungen</b>	<b>56</b>
<b>Anhang 3: Gutachtenbegleitblätter (Musterformulare)</b>	<b>58</b>

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit den frühen 1970er-Jahren ist die kieferorthopädische Behandlung Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Trotz Einschränkungen infolge der Ausgrenzung der Erwachsenenbehandlung 1993, der Einführung der kieferorthopädischen Indikationsgruppe KIG 2003 und Grenzziehungen im Leistungskatalog mit dem BEMA 2004 sind kieferorthopädische Behandlungen eine feste Größe in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Gesetzlich Versicherte haben gemäß den Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung bei entsprechender Indikation bis zum achtzehnten Lebensjahr grundsätzlich Anspruch auf eine kieferorthopädische Versorgung zu lasten der Krankenkasse.

Kieferorthopädinnen, Kieferorthopäden, kieferorthopädisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte haben bei der Beratung und Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung daher auch die Aufgabe, die sozialgesetzlichen Bestimmungen, Richtlinien des G-BA und Bundesmantelverträge zu beachten.

Bei bestehenden Zweifeln über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen dient das vertraglich vereinbarte Gutachterverfahren in der Kieferorthopädie zur Unterstützung der leistungsrechtlichen Entscheidungen der Krankenkassen. Neben der fachlichen Beurteilung der Behandlungsplanung sind bei der Begutachtung die aktuellen Vertrags- und Rechtsvorschriften zu berücksichtigen. Das Gutachterwesen ist damit auch ein Instrument der Qualitätssicherung.

Mit dem vorliegenden Leitfaden möchte die KZBV den kieferorthopädischen Gutachterinnen und Gutachtern eine Arbeitshilfe für ihre verantwortungsvolle Tätigkeit zur Verfügung stellen.

Allen Gutachterinnen und Gutachtern danken wir für ihre Bereitschaft, die Kieferorthopädie in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu begleiten und zu fördern. Wir wünschen Ihnen für Ihre Tätigkeit eine gute Hand.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Christoph Lassak  
Fachberater der KZBV für Kieferorthopädie

Dr. Wolfgang Eßer  
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

## 1.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen

Grundlage für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Daneben regeln die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie die zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der KZBV geschlossenen Bundesmantelverträge die vertragszahnärztliche Versorgung. Folgende Rechtsvorschriften sind für die kieferorthopädische Versorgung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zentral.

Versicherte haben gemäß § 29 Abs. 1 SGB V „Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht“. Die Leistungen der Krankenkassen unterliegen dem in § 12 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot. Dem entsprechend konkretisieren die Richtlinien des G-BA für die kieferorthopädische Behandlung (KFO-Richtlinien) die gesetzlichen Vorgaben. Zudem stellen sie klar, dass die kieferorthopädische Behandlung nur zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, wenn die Beeinträchtigung des Patienten nach Abwägung aller zahnärztlich-therapeutischen Möglichkeiten durch kieferorthopädische Behandlung mit Aussicht auf Erfolg behoben werden kann.

Nach den KFO-Richtlinien kommt eine kieferorthopädische Behandlung zu Lasten der Krankenkassen in folgenden Fällen in Betracht:

- Behandlung im späten Wechselgebiss (KFO-Richtlinie, B 7),
- Erwachsenenbehandlung bei schwerer Kieferanomalie (KFO-Richtlinie, B 4)
- Frühbehandlung (KFO-Richtlinie, B 8 c)
- Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie, B 8 d)

Eine der Voraussetzungen für eine Leistungsübernahme der Krankenkassen ist, dass bei Beginn der KFO-Behandlung ein Behandlungsbedarf anhand der in den Richtlinien definierten befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) festgestellt wird. Dafür ist die Einstufung der Kiefer- oder Zahnfehlstellung bzw. Anomalie mindestens in den Behandlungsbedarfsgrad 3 der Indikationsgruppen erforderlich.

Versicherte nach vollendetem 18. Lebensjahr haben grundsätzlich keinen Anspruch auf KFO-Behandlung zu Lasten der GKV. Davon ausgenommen sind Patienten mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Nach den KFO-Richtlinien liegen schwere Kieferanomalien vor bei angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer, skelettalen Dysgnathien und verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen. Diese Fälle bedürfen besonderer Mindesteinstufungen im KIG-System. Außerdem ist ein aufeinander abgestimmtes kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Behandlungskonzept zu erstellen.

Maßnahmen vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels, die Frühbehandlung, aber auch die frühe Behandlung, gehören zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn definierte Zahnfehlstellungen vorliegen, die das frühzeitige kieferorthopädische Eingreifen erfordern. Auch hier müssen bestimmte KIG-Mindesteinstufungen bestehen, um eine Vertragsbehandlung auszulösen.

Insgesamt ergeben sich aus den Vorschriften des SGB V und den KFO-Richtlinien drei Bedingungen, die erfüllt sein müssen, um Leistungsansprüche des Versicherten zu begründen:

- eine je nach Indikation festgelegte Mindesteinstufung des Behandlungsbedarfs anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen,
- die positive Erfolgsaussicht der Behandlung, sowie
- die Wirtschaftlichkeit der Behandlung.

Die kieferorthopädische Behandlung gehört zu den Behandlungen, die den Krankenkassen vorab zu einer leistungsrechtlichen Entscheidung zuzuführen sind. Vor ihrer Entscheidung haben die Kassen die Möglichkeit, ein Gutachterverfahren einzuleiten. Das Nähere über die Ausgestaltung der Begutachtung ist zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vertraglich vereinbart (siehe Gutachtervereinbarung in Anlage 6 des Bundesmantelvertrag-Zahnärzte [BMV-Z] bzw. § 23 des Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte [EKVZ]).

Mit der Behandlung soll im Hinblick auf die Verträge und die Richtlinien des G-BA erst dann begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.

## 1.2 Die Rolle des KFO-Gutachters

Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie im GKV-System sind von den KZVen bzw. der KZBV (Obergutachter) im Einvernehmen mit den Krankenkassen benannte kieferorthopädisch tätige Zahnärzte. Sie sollen die Anerkennung als Fachzahnärzte für Kieferorthopädie besitzen. Aufgabe des Gutachters ist es, der Krankenkasse mit seiner Stellungnahme die fachliche Basis für eine korrekte leistungsrechtliche Entscheidung zu liefern. Eine positive gutachterliche Stellungnahme dient zugleich dem behandelnden Zahnarzt zur Bestätigung der korrekten medizinischen Indikationsstellung sowie der richtlinienkonformen Behandlungsplanung.

Der Gutachter ist unabhängig in seiner Beurteilung. Grundlage seiner Stellungnahme sind ausschließlich der medizinische Sachverhalt und die Berücksichtigung der Rechtsvorschriften. Neben medizinischer Fachkompetenz sind deshalb Kenntnisse der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen unabdingbar.

Nach der zwischen der KZBV und den Krankenkassen getroffenen Gutachtervereinbarung für kieferorthopädische Leistungen können die Kassen einen ver-

tragszahnärztlichen Gutachter beauftragen und ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten unter Berücksichtigung des Gutachtens treffen. Den Krankenkassen ist es zudem unbenommen, zusätzlich einen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) mit einer Stellungnahme zu beauftragen. Die Kassen sind jedoch nicht berechtigt, anstelle des Gutachtens des vertraglich vereinbarten Gutachterverfahrens dasjenige des MDK zum Gegenstand einer den Antrag des Versicherten förmlich ablehnenden Entscheidung zu machen.\*

---

\* Urteil des BSG vom 18.05.1989 (AZ: 6 R Ka 10/88) zur Einsetzung sogenannter Beratungszahnärzte der Krankenkassen





## 2 Ablauf des Gutachterverfahrens

### 2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten

Die Begutachtung geplanter kieferorthopädischer Behandlungen richtet sich nach den in den Bundesmantelverträgen getroffenen Vereinbarungen (vgl. Anlage 6 BMV-Z, §§ 14, 22, 23 EKVZ). Danach gilt für den Ablauf des Verfahrens

#### **... bei Gutachten über geplante Behandlungen:**

Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen KFO-Behandlungsplan zu erstellen und der Krankenkasse zuzuleiten. Entsprechendes gilt bei einem Verlängerungsantrag und einer Therapieänderung.

Die Krankenkasse kann den Behandlungsplan begutachten lassen. In diesem Fall erteilt sie einem der Gutachter einen schriftlichen Auftrag. Gleichzeitig sendet sie den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung an den Zahnarzt zurück und informiert ihn über den beauftragten Gutachter. Der Zahnarzt hat dem Gutachter beide Ausfertigungen zusammen mit allen zur Beurteilung der geplanten Behandlung erforderlichen Befundunterlagen zuzuleiten.

Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan Stellung und sendet im Falle der Befürwortung beide Exemplare des Behandlungsplanes der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan nicht, sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Planes der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Die Krankenkasse übersendet den Behandlungsplan sowie die gutachterliche Stellungnahme dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. Für die Begutachtung einer Therapieänderung oder einer Verlängerung der KFO-Behandlung gilt Entsprechendes.

Der Gutachter ist bei Beauftragung durch eine Primärkasse verpflichtet, das Gutachten in der Regel innerhalb von vier Wochen zu erstellen. Im Ersatzkassenbereich soll der Auftrag in der Regel innerhalb von zwei Wochen bearbeitet werden. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.

#### **... bei Gutachten über die Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung:**

Gehört die geplante Behandlung nach Ansicht des Zahnarztes nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung, hat der Zahnarzt die Krankenkasse davon zu unterrichten. Die Kasse kann in diesen Fällen ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung ist die Kasse auf Antrag des Zahnarztes zur Einholung eines Gutachtens verpflichtet. Die Vereinbarungen zur Gutachtertätigkeit bei Behandlungsplanungen gelten im Übrigen entsprechend.

## 2.2 Verfahren bei Obergutachten

Gegen die Entscheidung des Gutachters kann der behandelnde Zahnarzt, aber auch die Krankenkasse, Einspruch einlegen und ein Obergutachten beantragen. Der Patient ist nicht zur Antragstellung eines Obergutachtens berechtigt. Das Obergutachterverfahren stellt keine Rechtsmittelinstanz dar, auf die vom Versicherten bei einem ablehnenden Bescheid der Krankenkasse ein Anspruch besteht.

Der Einspruch ist vom Einspruchsführer zu begründen und an die KZBV zu richten. Die Frist für die Einlegung des Einspruchs beträgt bei den Primärkassen zwei Monate, bei Ersatzkassen einen Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters beim Behandler.

Die Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter gelten sinngemäß auch für die Obergutachter.

Nach Eingang des Einspruches prüft die KZBV, ob die erforderlichen Unterlagen (KFO-Behandlungsplan, ggf. Verlängerungs-/Ergänzungsantrag, Gutachten, KIG-Einstufung, Entscheidung der Krankenkasse und eine fachliche Begründung für den Einspruch) vorliegen und leitet die Unterlagen zur Bestimmung eines Obergutachters an den Fachberater für Kieferorthopädie der KZBV weiter. Dieser überprüft nochmals die Fallunterlagen und bestimmt den Obergutachter.

Der Obergutachter erstellt das Obergutachten und übermittelt es der KZBV. Diese leitet Durchschriften des Obergutachtens an den Fachberater der KZBV, den behandelnden Zahnarzt, den Gutachter und die Krankenkasse. Der Fachberater bestimmt – im Einvernehmen mit dem zuständigen Spitzenverband der Krankenkasse – die Höhe der Gebühr und teilt mit, wer die Kosten des Obergutachtens zu tragen hat. Grundsätzlich hat die Krankenkasse die Kosten des Obergutachtens zu tragen. Der Zahnarzt wird mit den Kosten des Obergutachtens belastet, wenn sein Behandlungsplan vom Obergutachter nicht bestätigt wird, im Ersatzkassenbereich jedoch nur dann, wenn er selbst den Einspruch eingelegt hat.

Gegen ein erstelltes Obergutachten sind Rechtsmittel nicht möglich, da es sich nicht um einen Verwaltungsakt, sondern lediglich um eine gutachterliche Stellungnahme handelt, auf deren Grundlage die Krankenkasse ihre leistungsrechtliche Entscheidung über die Kostenübernahme treffen kann. Gegen diese Entscheidung kann der Versicherte, soweit er durch sie belastet wird, Rechtsmittel einlegen.

## 3 Durchführung der Begutachtung

Der Gutachter hat den Antrag auf kieferorthopädische Behandlung auf der Grundlage des allgemein anerkannten Stands zahnmedizinischer Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie gemäß den im SGB V verankerten Grundsätzen der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen. Es empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

### 3.1 Vorbereitung des Gutachtens

Nach Erhalt des Gutachtenauftrags durch die Krankenkasse sollte in einem ersten Überblick über den Behandlungsfall entschieden werden, ob der Antrag angenommen werden kann. Insbesondere sind folgende Fragestellungen zu prüfen:

#### **Wurde die Behandlung bereits begonnen?**

Die zwischen der KZBV und den Krankenkassen getroffenen Regelungen zur Begutachtung beziehen sich ausschließlich auf geplante kieferorthopädische Leistungen. Nachträgliche gutachterliche Stellungnahmen zu kieferorthopädischen Leistungen sind nicht vereinbart. Der Gutachter sollte daher anhand der Unterlagen zunächst prüfen, ob der Zahnarzt mit der beantragten Behandlung bereits begonnen hat. Gegebenenfalls ist der Gutachtenauftrag mit einer ablehnenden Stellungnahme an die Krankenkasse zurückzugeben.

#### **Persönliche Untersuchung des Patienten?**

Nach den bundesmantelvertraglichen Regelungen ist die gutachterliche Beurteilung anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. Es liegt daher im Ermessen des Gutachters festzustellen, ob die vom Zahnarzt zur Verfügung gestellten Unterlagen eine Beurteilung ermöglichen oder eine klinische Untersuchung des Patienten erfordern. Insbesondere bei Einstufungen nach der KIG-Gruppe T sollte der Gutachter prüfen, ob er die persönliche Untersuchung des Patienten als erforderlich ansieht.

### 3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit und Auswertbarkeit

Die Begutachtung beginnt mit der Durchsicht des Behandlungsplans und der sonstigen überlassenen Unterlagen. Dabei ist zu prüfen, ob der Behandlungsplan vollständig ausgefüllt ist und ob alle benötigten Unterlagen vorliegen und auswertbar sind.

Nach den KFO-Richtlinien bilden die eigenverantwortliche Befunderhebung, Diagnostik und Planung des Zahnarztes die Grundlagen der kieferorthopädischen Behandlung. Der Gutachter muss sich deshalb vergewissern, ob der vorliegende Behandlungsplan vom Zahnarzt persönlich erstellt und unterschrieben wurde.

Um einen KFO-Behandlungsplan begutachten zu können, müssen diagnostische Unterlagen in ausreichender Qualität vorliegen. Dazu gehören je nach Indikation:

**Modelle:**

- korrekte und umfassende Darstellung der Zähne und der Basis einschließlich inserierender Lippen-, Wangenbänder und Umschlagfalte
- eindeutige und reproduzierbare Zuordnungsmöglichkeit von OK- und UK-Modell (Zentrik oder habituelle Okklusion)
- eindeutige Beschriftung mit Namen des Patienten und Zeitpunkt der Abformung
- schriftliche Modellauswertung

**Ggf. Fotos:**

- eindeutige Beschriftung mit Namen des Patienten und Zeitpunkt der Abbildung und Auswertung

**Röntgen allgemein:**

- zweifelsfreie Zuordnung insbesondere bei der Übersendung digitaler Aufnahmen durch eindeutige Beschriftung, Aufnahmedatum, Name des Patienten, Zahnbezeichnung, Zahnarzt und Zeitpunkt der Abbildung und Auswertung
- vollständige und korrekte Abbildung des darzustellenden Bereiches
- Der Umfang verschiedener/mehrerer Röntgenbilder hat der Schwierigkeit des Falles angemessen zu sein.
- Auswertung nach anerkannten Methoden; bei Computerauswertungen mit Unterschrift des Zahnarztes als Bestätigung der Akzeptanz auf der Auswertung

**Röntgen speziell:**

- OPG: Für die Beurteilung ist in der Regel ein OPG notwendig.
- Zahnfilme/Röntgenstatus:  
In besonderen Fällen sollte das OPG durch Einzelzahnfilme/ Röntgenstatus ergänzt werden, z. B.:
  - bei apikalen und/oder radikulären Befunden
  - zur Differentialdiagnostik von Verdachtsdiagnosen
  - bei Verlagerung von Zähnen
  - bei überzähligen Zahnkeimen und Zysten
  - bei besonders schwierigen Wurzelverhältnissen
  - bei vorliegender Parodontopathie
  - für prä- und postoperative Diagnostik
  - für Kariesdiagnostik (Bissflügel)
  - ggf. bei Zweitbehandlungsmaßnahmen zur Beurteilung der parodontalen Verhältnisse
- Fernröntgenseitenbild:  
Ist erforderlich z. B.:
  - bei skelettalen Abweichungen (sagittal und vertikal)

- bei ausgeprägten dentalen Fehlstellungen (sagittal und vertikal)
- für eine ausreichende Beurteilung der Anomalie und Differenzierung der skelettalen und dentalen Probleme
- Fernröntgen-pa-Bild:  
Es kann erforderlich sein
  - bei vertikalen und/oder transversalen/lateralen skelettalen Abweichungen/Asymmetrien
- Handwurzelaufnahmen:  
Sie können zweckmäßig oder erforderlich sein zur Wachstumsbeurteilung, z. B.:
  - bei vorgesehener Bisslageumstellung
  - bei erheblichen skelettalen Anomalien
  - vor chirurgisch-kieferorthopädischen Maßnahmen

Der Gutachter kann fehlende oder ergänzende diagnostische Unterlagen vom Behandler, ggf. über die Krankenkasse, anfordern. Erhält der Gutachter auch auf Nachforderung keine Unterlagen, die eine fachgerechte Beurteilung ermöglichen, kann die Behandlungsplanung nicht befürwortet werden.

### 3.3 Prüfung des Behandlungsbedarfs

Hauptaufgabe des Gutachters ist es festzustellen, ob im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bei dem Patienten ein kieferorthopädischer Behandlungsbedarf gemäß den Richtlinien des G-BA vorliegt. Die Richtlinien nennen folgende Erfordernisse:

#### **Behandlung im späten Wechselgebiss (KFO-Richtlinie, B 7)**

- Kiefer- oder Zahnfehlstellung mit eingetretener oder drohender Beeinträchtigung wichtiger Funktionen des Kauorgans
- Einstufung mindestens in Behandlungsbedarfsgrad 3 der KIG

#### **Erwachsenenbehandlung (KFO-Richtlinie, B 4)**

- Vorliegen einer schweren Kieferanomalie im Sinne von
  - angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer (vgl. Anlage 3 der KFO-Richtlinien)
  - skelettalen Dysgnathien (vgl. Anlage 3 der KFO-Richtlinien)
  - verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen
- Einstufung mindestens in Behandlungsbedarfsgrade A5, D4, M4, O5, B4 oder K4 der KIG

#### **Frühbehandlung (KFO-Richtlinie, B 8 c)**

- Vorliegen eines Distalbisses, lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses, einer Bukkalokklusion permanenter Zähne, eines progenen Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses oder offener Lücken

- Einstufung in die nach den Richtlinien vorgegebenen Behandlungsbedarfsgrade der KIG (D5, K3, K4, B4, M4, M5, P3 und P4)

#### **Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie, B 8 d)**

- Vorliegen einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofazialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen
- bei skelettal-offenem Biss und Progenie Einstufung in die nach den Richtlinien vorgegebenen Behandlungsbedarfsgrade der KIG (O5, M4, M5)

### **3.4 Prüfung der Behandlungsplanung/ Wirtschaftlichkeit**

Nach Feststellung der kieferorthopädischen Behandlungsbedürftigkeit gemäß den Richtlinien des G-BA muss der Gutachter prüfen, ob die geplante Therapie den Kriterien „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 Abs. 1 SGB V entspricht. Zu berücksichtigen sind sowohl die geplanten Therapiemaßnahmen als auch die Prognose der geplanten Behandlung.

#### **Therapeutische Maßnahmen**

Gemäß den bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen zur Gutachtertätigkeit steht dem behandelnden Zahnarzt die Wahl der therapeutischen Mittel frei. Der Gutachter hat daher zu beurteilen, ob die gewählte Therapie im vorliegenden Behandlungsfall grundsätzlich geeignet ist. Meinungsverschiedenheiten darüber sollten mit dem Behandler in kollegialer Weise geklärt werden. Insbesondere bei gravierenden Meinungsverschiedenheiten bzw. größeren Änderungsvorschlägen zur Behandlungsplanung empfiehlt sich ein klärendes Gespräch. Die kollegiale Klärung bedeutet jedoch nicht, dass zwischen Behandler und Gutachter Einvernehmen hergestellt werden muss. Letztlich hat der Gutachter seine Entscheidung nach fachlichen und rechtlichen Gesichtspunkten auf den konkreten Einzelfall bezogen zu treffen.

Gegenstand der gutachterlichen Überprüfung sind neben der Art der therapeutischen Maßnahmen auch die vom Behandler angesetzten diagnostischen und therapeutischen Leistungspositionen. Stellt der Gutachter im Rahmen seiner Prüfung davon in Ansatz und Umfang abweichende Leistungspositionen fest, muss er die Angaben korrigieren. Gleiches gilt für die Prüfung der angesetzten Material- und Laborkosten, deren Schätzung so genau wie möglich erfolgen sollte.

Kann der Gutachter der gewählten Therapie auch nicht mit Änderungen zustimmen, muss er die Behandlungsplanung insgesamt ablehnen. Ablehnungsgründe sind beispielsweise:

- ungenügender Therapievorschlag wegen
  - zu erwartender ungezielter und

- damit unwirtschaftlicher sowie
- uneffektiver Behandlungs- und diagnostischer Begleitmaßnahmen
- geplante Zahnbewegungen oder Umstellungen der Bisslage, die zwar durchführbar, aber nicht sinnvoll sind
- notwendige körperliche Bewegungen zur Herstellung einer funktionskorrekten Okklusion und Funktion, die nicht vorgesehen oder nicht durchführbar sind (z. B. Extraktionstherapie)
- vorgesehene Behandlungsmaßnahmen, die nicht sinnvoll und nicht funktionsverbessernd sind (z. B. transversale Dehnung und Nichtberücksichtigung der sagittalen Probleme)
- nicht indizierte transversale Dehnung im Unterkiefer

### Prognose der Behandlung

Das Ziel der kieferorthopädischen Behandlung ist es, die im Zusammenhang mit einer Kiefer- oder Zahnfehlstellung stehende Beeinträchtigung wesentlicher Funktionen zu vermeiden bzw. zu beheben. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung hat der Behandlungsaufwand aus Wirtschaftlichkeitsgründen in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten zu stehen. Der Gutachter hat deshalb zu prüfen, ob die geplante Therapie Aussicht auf Erfolg hat.

Gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Behandlungsarten, soll nach Nr. B. 8. der KFO-Richtlinien diejenige Therapie gewählt werden, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist.





## 4 Inhalt und Aufbau des Gutachtens

Ein Gutachten muss die Krankenkasse in die Lage versetzen, eine Entscheidung über die Leistungsübernahme bzw. über das weitere Vorgehen treffen zu können. Das gelingt nur, wenn das Gutachten nachvollziehbar und plausibel ist. Ergibt die Prüfung, dass die Behandlungsplanung im vorliegenden Fall vollumfänglich befürwortet wird, ist das Ankreuzen der entsprechenden Felder des Formularblattes (Anlage 13c BMV-Z, Anlage 6c EKVZ) in der Regel ausreichend. In Einzelfällen empfiehlt es sich, die Zustimmung zusätzlich schriftlich zu begründen. Zum Zweck der Qualitätssicherung im Gutachterverfahren existieren in einigen KZV-Bereichen Gutachtenbegleitblätter, die in der Regel zunächst vom behandelnden Zahnarzt und danach vom Gutachter im Ankreuzverfahren benutzt werden sollen. Entsprechende Musterformulare finden sich im Anhang 3.

Hält der Gutachter die vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen für unzureichend, kann er Ergänzungen und Änderungen empfehlen. Diese sollte er im Rahmen einer Gesamtbeurteilung schriftlich begründen. Persönliche Bemerkungen, fachliche Ratschläge usw. sind nicht Gegenstand des Gutachtens.

Kann der Gutachter den Behandlungsmaßnahmen ggf. auch nach kollegialer Aussprache nicht zustimmen, so muss er die Nichtbefürwortung begründen.

Zur Sicherung der Qualität des Gutachtens sollte die schriftliche Begründung eindeutig formuliert werden. Sofern dies in einem separaten Schreiben erfolgt, empfiehlt sich in der Regel folgende Struktur:

- (1) Briefkopf (Anschrift, Absender, Datum)
- (2) Betreff (Name und Anschrift des Patienten und des behandelnden Zahnarztes, Auftraggeber, Aktenzeichen)
- (3) Auflistung der diagnostischen Unterlagen, auf die sich das Gutachten stützt
- (4) Darstellung des Sachverhalts ohne Wertungen
  - mit Feststellung, ob eine körperliche Untersuchung stattgefunden hat
  - mit Anamnese und Diagnose
- (5) Gutachterliche Beurteilung
  - Bezugnahme auf die vorgelegte Planung
  - Feststellung, ob
    - a) eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, die die in den Richtlinien genannten Funktionen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht,
    - b) der in den Richtlinien geforderte Behandlungsbedarfsgrad vorliegt,
    - c) die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Rahmen der GKV gegeben ist (inklusive Aussagen zum sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes).

- ggf. Empfehlungen oder Ergänzungen der Behandlungsplanung mit Begründung

(6) Zusammenfassendes Ergebnis der Beurteilung

(7) Eigenhändige Unterschrift und ggf. Stempel des Gutachters

## 5 Gutachtergebühren

Gutachter und Obergutachter erhalten nach BMV-Z und EKVZ unterschiedlich geregelte Gebühren. Die Kosten für Erst- und Obergutachten trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn seine Behandlungsplanung vom Obergutachter nicht befürwortet wird, im Ersatzkassenbereich jedoch nur dann, wenn er selbst den Einspruch eingelegt hat. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind bei den Primärkassen auf 10 Cent aufzurunden.

### Primärkassenbereich

	Bewertungszahl
a) für die Begutachtung eines KFO-Planes oder eines Verlängerungsantrages	80
b) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gem. § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikations- gruppen (KIG), (Anlage 1 zum Abschnitt B Nr. 2 der KFO-Richtlinien), ohne Begutachtung der Behandlungsplanung	50
c) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 6 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt,	20
andernfalls	80
d) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich	18
e) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zuständigen Bundesverband der Kranken- kassen festgesetzt.	

### Ersatzkassenbereich

	Punkte
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen bzw. zu zusätzlich geplanten Maßnahmen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung sowie zu ausge- führten kieferorthopädischen Leistungen nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gem. § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikations- gruppen (KIG), (Anlage 1 zum Abschnitt B Nr. 2 der KFO-Richtlinien), ohne Begutachtung der Behandlungsplanung	50



### 1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

#### Auszug:

#### § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

#### § 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) [...]

(3) [...]

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

#### § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten [...]. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. [...]

2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,

3. [...]

## 1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die kieferorthopädische Behandlung (KFO-Richtlinien)

### A. Allgemeines

1. Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen gem. § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung im Sinne der §§ 2, 12 Abs. 1, 28 Abs. 2, 29 und 70 SGB V sichern.
2. Maßnahmen, die lediglich kosmetischen Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
3. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt Art und Umfang der Maßnahmen. Er hat dabei auf eine sinnvolle Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebrauchten Mittel der Krankenversicherung zu achten.
4. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Zahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Arztes vornimmt.
5. Es sollen nur Untersuchungs- oder Heilmethoden angewandt werden, deren diagnostischer oder therapeutischer Wert ausreichend gesichert ist. Die Erprobung solcher Methoden auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.
6. Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, dass auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.

### B. Vertragszahnärztliche Behandlung

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die kieferorthopädische Behandlung, wenn durch sie eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung die Funktion des Beißens, des Kauens, der Artikulation der Sprache oder eine andere Funktion, wie z. B. Nasenatmung, der Mundschluss oder die Gelenkfunktion, erheblich beeinträchtigt ist bzw. beeinträchtigt zu werden droht und wenn nach Abwägung aller zahnärztlich-therapeutischen Möglichkeiten durch kieferorthopädische Behandlung die Beeinträchtigung mit Aussicht auf Erfolg behoben werden kann.
2. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 29 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit Abs. 4 gehört die gesamte kieferorthopädische Behandlung, wenn bei ihrem Beginn ein Behandlungsbedarf anhand der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) – Anlage 1 zu den Richtlinien – festgestellt wird. Eine Einstufung mindestens in den Behandlungsbedarfsgrad 3 der Indikationsgruppen ist dafür erforderlich. Die

Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (Anlage 2 zu diesen Richtlinien) sind für die Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung verbindlich. Bei der klinischen Untersuchung zur Feststellung des Behandlungsbedarfsgrades sind in der Regel keine weiteren diagnostischen Leistungen erforderlich.

3. Bedarf es in Einzelfällen zusätzlicher Untersuchungen, Beratungen sowie ggf. weiterer diagnostischer Leistungen zur Überprüfung, ob die kieferorthopädische Behandlung der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, gehören auch diese zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diagnostische Leistungen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.
4. Kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Das gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

Schwere Kieferanomalien in diesem Sinne liegen nach Maßgabe der Anlage 3 zu diesen Richtlinien vor bei

- angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer,
  - skelettalen Dysgnathien und
  - verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen,
- sofern eine Einstufung mindestens in die Behandlungsbedarfsgrade A5, D4, M4, O5, B4 oder K4 der Indikationsgruppen festgestellt wird.

In diesen Fällen ist ein aufeinander abgestimmtes kieferchirurgisches und kieferorthopädisches Behandlungskonzept zu erstellen.

5. Die eigenverantwortliche Befunderhebung, Diagnostik und Planung sind Grundlage der kieferorthopädischen Behandlung. Das Maß der jeweiligen Beeinträchtigung ist durch objektivierbare Untersuchungsbefunde zu belegen. Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen diagnostischen Leistungen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen.

Die Durchführung jeder kieferorthopädischen Behandlung setzt eine dem jeweiligen Behandlungsfall entsprechende Patientenuntersuchung sowie die Erhebung, Auswertung und ärztliche Beurteilung von Befundunterlagen voraus. Aus der selbständigen Erhebung und Auswertung von Befunden und Behandlungsunterlagen und ihrer diagnostischen Zusammenfassung ist vom Zahnarzt persönlich und eigenverantwortlich eine Behandlungsplanung zu erarbeiten. Für die Planung und Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung sind je nach Indikation neben der Anamnese und klinischen Untersuchung folgende Unterlagen erforderlich:

- a) Gebissmodelle des Ober- und Unterkiefers mit fixierter Okklusion und dreidimensional orientiert (Planungsmodell) einschließlich Analyse.

Das Modell des einzelnen Kiefers muss neben der genauen Darstellung der Zähne und des Alveolarkammes auch die Kieferbasis und die Umschlagfalte der Gingiva abbilden.

- b) Röntgenologische Darstellung aller Zähne und Zahnkeime beider Kiefer.

Dabei soll einem strahlenreduzierten Aufnahmeverfahren, z. B. der Panoramaschichtaufnahme, der Vorzug gegeben werden.

- c) Fernröntgenseitenbild mit Durchzeichnung und schriftlicher Auswertung zur Analyse skelettaler und/oder dentaler Zusammenhänge der vorliegenden Anomalie und/oder für Wachstumsvorhersagen.

- d) Röntgenaufnahme der Hand mit Auswertung

- bei Abweichung des chronologischen vom Dentitionsalter nur dann, wenn eine Orientierung über das Wachstumsmaximum und das Wachstumsende notwendig ist, oder
- wenn nach abgeschlossener Dentition die Kenntnis des skelettalen Alters für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung erforderlich ist.

- e) Profil- und Enface-Fotografie mit diagnostischer Auswertung als Entscheidungshilfe für Therapiemaßnahmen, soweit Abweichungen von einem geraden Profil, periorale Verspannungen oder Habits vorliegen, die einen zwanglosen Mundschluss unmöglich machen.

6. Der Vertragszahnarzt erhebt die Anamnese, stellt die Diagnose aus den Einzelbefunden einschließlich der Prognose und verfasst die Epikrise. Diese Leistungen sind persönlich und eigenverantwortlich zu erbringen.

Auf dieser Grundlage erarbeitet er persönlich und eigenverantwortlich die Therapie- und Retentionsplanung einschließlich der Planung der erforderlichen Geräte.

7. Kieferorthopädische Behandlungen sollen nicht vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) begonnen werden.
8. Kieferorthopädische Maßnahmen vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) sind im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in folgenden Ausnahmefällen angezeigt:

- a) Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5 oder bei einem habituell offenen Biss mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 4,



- b) Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlusts,
- c) Frühbehandlung eines Distalbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad K 3 oder K 4, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne mit dem Behandlungsbedarfsgrad B 4, eines progenen Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5 oder die Behandlung zum Öffnen von Lücken mit dem Behandlungsbedarfsgrad P 3.

Die Frühbehandlung soll nicht vor dem 4. Lebensjahr begonnen werden und innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen werden.

- d) Frühe Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofazialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 5, einer Progenie mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5 oder von verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

Die Maßnahmen nach den Nummern 8 c und d beinhalten den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte.

9. Gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten der kieferorthopädischen Behandlung, so soll der Zahnarzt diejenige vorsehen, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist.
10. Ist zu vermuten, dass Fehlbildungen mit Abweichungen in anderen Bereichen (z. B. Nasenscheidewand) zusammenhängen, so soll ein entsprechen der Gebietsarzt, z. B. für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, hinzugezogen werden.
11. Werkstoffe, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie schädliche Wirkungen haben, dürfen nicht verwendet werden. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig.
12. Kieferorthopädische Behandlungen erstrecken sich in der Regel über längere Zeiträume und schließen eine ausreichende Retentionsphase ein.

Maßnahmen zur Retention sind bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalenderquartals, für das die letzte Abschlagszahlung geleistet worden ist, Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, längstens bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention. Ein festsitzender Unterkieferfrontzahn-Retainer ist nur angezeigt, wenn im Behandlungsplan ein Behandlungsbedarfsgrad E3 oder E4 in der Unterkieferfront festgestellt wurde. Der Bedarfsgrad ist ggf. gesondert anzugeben, wenn der

Behandlungsplan einen anderen bzw. höheren Behandlungsbedarfsgrad hat. Der Zahnarzt hat danach den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.

Dauer und Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung sind wesentlich von der verständnisvollen Mitarbeit des Patienten und der Erziehungsberechtigten abhängig. Diese sind vor und während der Behandlung entsprechend aufzuklären und zu motivieren. Mangelnde Mundhygiene gefährdet die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung. Bei Patienten, die während der kieferorthopädischen Behandlung trotz Motivation und Instruktion keine ausreichende Mitarbeit zeigen oder unzureichende Mundhygiene betreiben, muss das kieferorthopädische Behandlungsziel neu bestimmt werden. Ggf. muss die Behandlung beendet werden.

13. Diese Richtlinien treten am 01.01.2004 in Kraft.

Berlin, 04.06.2003 und  
Köln, den 24.09.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende  
Prof. Dr. Herbert Genzel

Anlage 1      Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG)  
Anlage 2      Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen  
                  Indikationsgruppen (KIG)  
Anlage 3      zu Abschnitt B Nr. 4 der Richtlinien

Anlage 1: Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG)

**Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG)**

Grad		1	2	3	4	5
Indikationsgruppen (Befunde)						
Kraniofaziale Anomalie	A					Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bzw. andere kraniofaziale Anomalie
Zahnunterzahl (Aplasie oder Zahnverlust)	U				Unterzahl (nur wenn präprothetische Kieferorthopädie oder kieferorthopädischer Lückenschluss indiziert)	
Durchbruchstörungen	S				Retention (außer 8er)	Verlagerung (außer 8er)
Sagittale Stufe	distal	bis 3	über 3, bis 6		über 6, bis 9	über 9
	mesial				0 bis 3	über 3
Vertikale Stufe	offen (auch seitlich)	bis 1	über 1, bis 2	über 2, bis 4	über 4	über 4
	tief	über 1, bis 3	über 3 ohne/mit Gingivakontakt	über 3 mit traumatischem Gingivakontakt	über 4 habituell offen	über 4 skelettal offen
Transversale Abweichung	B					Bukkal-/Lingual - Okklusion
	K		Kopfbiss	beidseitiger Kreuzbiss	einseitiger Kreuzbiss	
Kontaktpunktabweichung Engstand	E	unter 1	über 1, bis 3	über 3, bis 5	über 5	
Platzmangel	P		bis 3	über 3, bis 4	über 4	

Alle Zahlenangaben in mm

**Anlage 2:****Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)**

Der Zahnarzt hat anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen festzustellen, ob der Grad einer Fehlstellung vorliegt, für deren Behandlung der Versicherte einen Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse hat. Mit dem KIG-System soll der Zahnarzt bei der klinischen Untersuchung die Fehlstellung mit dem größten Behandlungsbedarf erkennen. Die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (Befunde) sind in fünf Behandlungsbedarfsgrade eingeteilt. Nur bei den Graden 5, 4 und 3 hat der Versicherte einen Leistungsanspruch. Die Indikationsgruppen sind nach dem Behandlungsbedarf geordnet.

Die Fehlstellung mit dem am höchsten bewerteten Behandlungsbedarf zeichnet der Zahnarzt auf. Dabei ist die Indikationsgruppe und der Behandlungsbedarfsgrad anzugeben.

Bei einem Befund ab dem Behandlungsbedarfsgrad 3 gehören weitere Behandlungsbedarfsgrade ab 1 auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

**I. Grundsätzliches**

1. Die Bewertung und Zuordnung zu den Gruppen des kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) erfolgt unmittelbar vor Behandlungsbeginn.
2. Es wird immer die größte klinische Einzelzahnabweichung gemessen; d.h., die Kieferrelation ist nicht system-relevant.
3. Alle Messstrecken müssen in einer Ebene liegen; d.h., sie dürfen nicht dreidimensional verlaufen.
4. Alle Angaben erfolgen in mm.

**II. Erläuterungen zu den einzelnen Gruppen****A Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bzw. andere kraniofaziale Anomalie**

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und syndromale Erkrankungen mit kraniofazialen Anomalien [z.B. Dysostosis cranio-facialis (Crouzon), Dysostosis cleidocranialis (Marie-Sainton), Hemiatrophia faciei, Dysostosis mandibulo-facialis (Franceschetti)] führen in der Regel zu ausgeprägten Hemmungsmissbildungen bzw. Wachstumsstörungen und Anomalien der Zahnzahl, Verlagerungen etc., die einer komplexen kieferorthopädischen, häufig interdisziplinären Therapie bedürfen. Die therapeutischen Maßnahmen erstrecken sich oft über einen Zeitraum von vielen Jahren.

Zu den Fällen der Gruppe A zählen auch Patienten mit Morbus Down (Trisomie 21), wenn durch eine Therapie im Säuglings- und Kleinkindalter gravierende Funktionsstörungen, meist der Zunge, zu korrigieren sind.

**U Unterzahl****(nur wenn präprothetische Kieferorthopädie oder kieferorthopädischer Lückenschluss indiziert)**

Bei vorhandenen oder zu erwartenden Lücken durch Zahnunterzahl infolge Nichtanlage oder Zahnverlust [aus pathologischen Gründen oder als Folge eines Traumas] kann sowohl ein prothetischer Lückenschluss als auch ein kieferorthopädischer Lückenschluss sinnvoll sein, um Zahnwanderungen, Kippungen, Störungen der statischen bzw. dynamischen Okklusion, Beeinträchtigungen der Funktion, Phonetik, Ästhetik und Psyche zu vermeiden.

Ist ein prothetischer Lückenschluss geplant, kann eine präprothetisch-kieferorthopädische Therapie indiziert sein, wenn erst durch die Korrektur der die Lücke begrenzenden Zähne eine korrekte prothetische Versorgung möglich ist. Nur in diesem Fall sind die Kriterien der Gruppe U erfüllt.

Ist ein kieferorthopädischer Lückenschluss vorgesehen, sind die Kriterien der Gruppe U nur dann erfüllt, wenn die vorhandene oder nach Verlust der Milchzähne zu erwartende Lücke behandlungsbedürftig und so groß ist, dass eine achsengerechte Einstellung der Zähne nur durch kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen möglich ist.

Supraokklusionen permanenter Zähne, die eine prothetische Versorgung antagonistischer Lücken erheblich erschweren oder unmöglich machen, sind in analoger Anwendung dem Indikationsbereich einer präprothetischen Behandlung (Gruppe U) zuzuordnen.

**S Durchbruchstörungen (Retention / Verlagerung)**

Unter einer Verlagerung ist eine Fehllage des Zahnkeims ohne realistische Chance zum Spontandurchbruch zu verstehen.

Eine Verlagerung von Weisheitszähnen rechtfertigt eine Einstufung in die Gruppe S nicht.

Eine Retention mit Einordnung in die Gruppe S liegt vor, wenn ein Zahn infolge einer zu starken Annäherung der Nachbarzähne nicht durchbrechen kann oder infolge eines Durchbruchshindernisses (z. B. Odontom, ankylosierter Milchzahn) nicht durchbricht.

Ein Fall ist nicht in die Gruppe S einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein retinierter Zahn – z. B. nach Reduzierung der Zahnzahl oder Entfernung eines Durchbruchshindernisses – spontan durchbricht und sich korrekt und ohne behandlungsbedürftige Restlücke in den Zahnbogen einstellt.

**D Sagittale Stufe – distal**

Die Messung der sagittalen Frontzahnstufe erfolgt in habitueller Okklusion in der Horizontalebene und orthoradial von der Labialfläche der Schneidekante des am weitesten vorstehenden oberen Schneidezahnes zur Labialfläche seines(r) Antagonisten.

### **M Sagittale Stufe – mesial**

Die Messung der sagittalen Frontzahnstufe erfolgt in habitueller Okklusion in der Horizontalebene von der Labialfläche der Schneidekante des am weitesten vorstehenden unteren Schneidezahnes zur Labialfläche seines(r) Antagonisten.

Der Kreuzbiss eines oder mehrerer Frontzähne wird in Gruppe M, Grad 4 eingeordnet.

### **O Vertikale Stufe - offen (auch seitlich)**

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dental und skelettal offenem Biss. Gemessen wird der größte Abstand der Schneidekanten bzw. Höckerspitzen voll durchgebrochener Zähne.

Infraokklusionen von Milchzähnen, Außen- oder Hochstände rechtfertigen eine Einordnung in die Gruppe O nicht. Gleiches gilt für den frontal bzw. seitlich offenen Biss, wenn Zähne sich noch im Durchbruch befinden.

Infraokklusionen permanenter Zähne können in die Gruppe O eingeordnet werden.

### **T Vertikale Stufe – tief**

Der vertikale Frontzahnüberbiss wird unterschieden in regulären Überbiss (bis 3 mm), tiefen Biss ohne bzw. mit Gingivakontakt sowie Tiefbiss mit traumatisierendem Einbiss in die antagonistische Gingiva.

### **B Transversale Abweichung – Bukkal- / Lingualokklusion**

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dentalen und skelettalen Abweichungen.

Als Bukkal- bzw. Lingualokklusion wird der Fehlstand einzelner Seitenzähne oder Zahngruppen verstanden, bei dem sich die Okklusalfächen der Seitenzähne nicht berühren, sondern die oberen Prämolaren und/oder Molaren bukkal an den Antagonisten vorbeibeißen („seitliche Nonokklusion“, „seitlicher Vorbeibiss“), und zwar unabhängig davon, ob die oberen Seitenzähne nach bukkal oder die unteren nach lingual gekippt sind.

### **K Transversale Abweichung – beid- bzw. einseitiger Kreuzbiss**

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dentalen und skelettalen Abweichungen.

Eine Zuordnung zur Gruppe K ist nur möglich, wenn am seitlichen Kreuzbiss auch permanente Seitenzähne beteiligt sind.

Eine Kreuzbisstendenz mit Höcker-Höckerverzahnung permanenter Seitenzähne (Kopfbiss) wird der Gruppe K, Grad 2 zugeordnet.

**E Kontaktpunktabweichung, Engstand**

Kontaktpunktabweichungen (Zahnfehlstellungen) werden zwischen anatomischen Kontaktpunkten gemessen.

Abweichungen zwischen Milch- und bleibenden Zähnen sowie Lücken werden nicht registriert.

Kontaktpunktabweichungen werden grundsätzlich in der Horizontalebene gemessen, d. h. die Approximalkontakte werden in diese Ebene projiziert. Dies gilt für alle Formen, d. h. Zahnhoch- und/oder Außenstände, Rotationen oder Engstände.

Ein Fall ist nicht in die Gruppe E einzustufen, wenn bei ausreichenden Platzverhältnissen damit zu rechnen ist, dass sich ein außerhalb des Zahnbogens durchgebrochener Zahn (z. B. nach Exzision seines persistierenden Vorgängers) auch ohne apparative Maßnahmen korrekt in den Zahnbogen einstellt.

Infra- bzw. Supraokklusionen rechtfertigen keine Zuordnung zur Gruppe E.

**P Platzmangel**

Beträgt der Platzmangel zwischen zwei Zähnen neben einem noch nicht durchgebrochenen permanenten Zahn mehr als 3 mm, wird dieser Fall der Gruppe P zugeordnet, da in diesem Fall anzunehmen ist, dass der betroffene Zahn retiniert bleibt oder deutlich außerhalb des Zahnbogens durchbricht.

Im Wechselgebiss wird bei frühzeitigem Verlust von mehr als einem Milchzahn im selben Seitenzahnbereich der Messwert der Stützzonen herangezogen.

[Stützzone = Raum für die seitlichen Ersatzzähne 3, 4 und 5, gemessen von der distalen Kante des seitlichen Schneidezahnes zur mesialen Kante des Sechsjahrmolaren. Sollwertbestimmung unter Verwendung der Tabellen nach Berendonk oder Moyers.]

Bei einem Platzdefizit in der jeweiligen Stützzone über 3 mm wird dieser Fall der Gruppe P (Grad 3 oder 4) zugeordnet.

Ein Fall ist nicht in die Gruppe P einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Exzisionstherapie) spontan durchbricht und sich korrekt und ohne behandlungsbedürftige Restlücke in den Zahnbogen einstellt.

**Anlage 3 zu Abschnitt B. Nr. 4 der KFO-Richtlinien**

1. Zu den angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer zählen z. B. das Crouzon-Syndrom, Treacher-Collins-Syndrom, Goldenhar-Syndrom, Binder-Syndrom, Nager-Syndrom, die hemifaciale Mikrosomie, alle medianen, schrägen und queren Gesichtsspaltformen, alle Lippen-, Kiefer-, Gaumenspaltformen, alle Formen von craniomaxillofacialen Dysostosen, die durch angeborene Fehlbildungen oder Missbildungen verursacht sind.
2. Zu den skelettalen Dysgnathien, die auch unabhängig von angeborenen Missbildungen auftreten, zählen die Progenie, Mikrogenie, Laterognathie, alle Formen des skelettal offenen Bisses sowie des skelettal tiefen Bisses und ausgeprägte skelettal bedingte Diskrepanzen der Zahnbogenbreite oder Kieferbreite.



### 1.3 Vereinbarung zur Auslegung der Anlage 2 zu Abschnitt B Nr. 2 der geltenden KFO-Richtlinien zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen

#### **Vorwort:**

Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in einer Protokollnotiz zu den KFO-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss gem. § 91 Abs. 6 SGB V) folgendes festgehalten:

„Protokollnotiz zu den KFO-Richtlinien des  
Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen  
vom 17. August 2001

Zwei Jahre nach Inkrafttreten der KFO-Richtlinien wird der Arbeitsausschuss ‚KFO-Richtlinien‘ des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen die Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) überprüfen. Hierzu sollen beispielhafte Fälle aus der vertragszahnärztlichen Begutachtung und der Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) dem Arbeitsausschuss nebst Unterlagen zur Verfügung gestellt werden.“

#### **Hierzu stellen die Vertragspartner folgendes fest:**

- Seit Einführung der KIG zur Beurteilung der Leistungspflicht der Krankenkassen bei gesetzlich versicherten Patienten ist die Handhabung des § 29 SGB V deutlich übersichtlicher und nachvollziehbarer und für alle Beteiligten vereinfacht.
- Die vereinbarte Überprüfung der KIG soll eventuelle Schwachstellen herausarbeiten und darstellen.
- Einigkeit besteht in der grundsätzlichen Beibehaltung der KIG.
- Einigkeit besteht ebenso in der Beurteilung der kritisch zu definierenden Punkte innerhalb der KIG. Dies sind die Einstufungen T, E und P und K.

Die Vertragspartner haben die Entwicklung der KIG-Gruppen beraten. Dabei wurde ein Konkretisierungsbedarf zu einzelnen KIG-Gruppen festgestellt. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren eine gemeinsame Auslegung zur Anwendung der Anlage 2 zu Abschnitt B Nr. 2 der KFO-Richtlinien zu den folgenden KIG-Gruppen:

#### **1. KIG-Gruppe T 3**

„Der vestibuläre bzw. palatinale Einbiss muss zu gingivalen Rezessionen oder einer sichtbaren Schädigung des Parodontiums geführt haben.“

#### **2. KIG-Gruppen E und P**

„Für die Messung nach Gruppe E ist das Ausmaß von Abweichungen einzelner permanenter Zähne vom idealen Zahnbogen ausschlaggebend.“

„Ein Fall ist in die KIG-Gruppe E einzuordnen, wenn ein Engstand in der Front vorliegt. Handelt es sich jedoch um einen Platzmangel distal der seitlichen Schneidezähne, erfolgt die Zuordnung zur Gruppe P.“

### **3. Frühbehandlung bei KIG P 4**

„Eine Frühbehandlung gem. B Nr. 8c KFO-Richtlinien ist ab einer KIG-Einstufung P3 (Mindesteinstufung) möglich.“

Köln, Bonn, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Siegburg, 06.06.2006

## 1.4 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

### 1.4.1 Auszug aus BMV-Z

#### § 2 Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung

[...]

(3) Im Falle kieferorthopädischer Maßnahmen, der Behandlung von Parodontopathien und der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen können sich die Krankenkassen eines Gutachterverfahrens bedienen, das in Vereinbarungen zwischen den Partnern dieses Vertrags geregelt wird (Anlagen 6, 9 und 12).

#### § 14 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Grundsatz der Wirtschaftlichkeit

(1) Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V sind zu beachten.

(2) Heilmaßnahmen, insbesondere die von den Kranken anzuwendenden Arzneien sowie Heilmittel, sind hinsichtlich ihrer Art und ihres Umfangs bei sorgfältiger Prüfung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verordnen.

### 1.4.2 Gutachtervereinbarung

#### Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen (Anlage 6 BMV-Z)

#### § 1 Einleitung des Verfahrens

(1) Vor Beginn der Behandlung ist vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu erstellen. Der Zahnarzt sendet den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung der Krankenkasse zu. Entsprechendes gilt bei einem Verlängerungsantrag und einer Therapieänderung. Eine weitere Ausfertigung des Behandlungsplans sendet der Zahnarzt seiner zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu.

(2) Stellt der Zahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine weitere Ausfertigung zu übersenden.

(3) Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gem. § 1 Abs. 2 ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersu-

chung vorzunehmen. Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die Kassenzahnärztliche Vereinigung über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. Im übrigen gelten die Bestimmungen dieser Gutachtervereinbarung sinngemäß.

(4) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen überprüfen auf der Grundlage der Behandlungspläne und der Mitteilungen gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 die Auswirkungen der Einführung des Kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG).

## **§ 2 Kostenregelung, Behandlungsbeginn**

(1) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung sendet die Krankenkasse in der Regel innerhalb von 4 Wochen ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Zahnarzt zurück.

(2) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Behandlungsplanes an den Zahnarzt begonnen werden.

(3) Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund eines Behandlungsplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

## **§ 3 Bestimmungen für den Fall der Begutachtung**

(1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung in der Regel innerhalb von 4 Wochen an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (Kiefermodelle, Rö-Aufnahmen, ggf. Fotografie, Fernröntgenaufnahme und HNO-Befund) zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z.

(2) Der Gutachter kann der Krankenkasse anheimstellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z nach dem Bema von der Kasse zu vergüten.

(3) Die Begutachtung einschließlich der Kostenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (siehe Anhang).

(4) Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan Stellung. Befürwortet er ihn, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplanes der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet er ihn nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplanes der Krankenkasse, das 2. Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Der Gutachter erstellt das Gutachten unter Verwendung

des Vordrucks „Gutachten“ (Anlage 13c). Der Vordruck „Gutachten“ (Anlage 13c) kann individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. § 1 Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) Die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung über das 16. Behandlungsvierteljahr hinaus ist nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 unter Verwendung des Vordrucks KFO-Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu beantragen. Die Abs. 1 bis 4 gelten entsprechend.

(6) Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigten kieferorthopädischen Maßnahmen zur kassenzahnärztlichen Versorgung hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen.

#### **§ 4 Obergutachten**

(1) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan oder zum Verlängerungsantrag können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen zweier Monate nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzu legen.

(2) Im übrigen gelten die Bestimmungen des § 3 sinngemäß.

#### **§ 5 Bestellung der Gutachter**

(1) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die Obergutachter. Die Bestellung kann widerrufen werden. Die Bundesverbände der Krankenkassen können den Widerruf aus wichtigem Grund verlangen.

(3) Gutachter und Obergutachter sollen die Anerkennung als Fachzahnärzte für Kieferorthopädie besitzen.

#### **§ 6 Kosten der Begutachtung**

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. In den Fällen des § 3 Abs. 6 und des § 4 gehen die Kosten einschließlich der Kosten nach § 3 Abs. 2 Satz 2 zu Lasten des Zahnarztes, wenn der Gutachter oder der Obergutachter der Auffassung des Zahnarztes nicht folgt.

## Anhang zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen

### Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht.
2. Der Gutachter nimmt zu dem Behandlungsplan nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplanes, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
3. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge in der Regel innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Modelle und Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen. An den Gutachtertägungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.
5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

	Bewertungszahl
a) für die Begutachtung eines Behandlungsplanes oder eines Verlängerungsantrages	80
b) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gem. § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG), (Anlage 1 zum Abschnitt B Nr. 2 der KFO-Richtlinien), ohne Begutachtung der Behandlungsplanung	50
c) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 6 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt,	20
andererseits	80
d) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich	18

e) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zuständigen Bundesverband der Krankenkassen festgesetzt.

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die Nr. Ä 15 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

1.4.3 Kieferorthopädischer Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z)

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Kassen-Nr. \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_

Vertragszahnarzt-Nr. \_\_\_\_\_ VK gültig bis \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

KFO-Behandlungsplan

KFO-Therapieänderung

KFO-Verlängerungsantrag

Behandlungsbeginn Quartal \_\_\_\_\_ Beginn der Verlängerung Quartal \_\_\_\_\_ Voraussichtliche Dauer Quartale \_\_\_\_\_

KIG-Einstufung \_\_\_\_\_

---

**Anamnese**

\_\_\_\_\_

---

**Diagnose**

**OK**

\_\_\_\_\_

---

**UK**

\_\_\_\_\_

---

**Bisslage**

\_\_\_\_\_

---

**Therapie**  Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) |  Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) | \_\_\_\_\_

---

**OK**

\_\_\_\_\_

---

**UK**

\_\_\_\_\_

---

**Bisslage**

\_\_\_\_\_

---

**Verwend. Geräte**

\_\_\_\_\_

---

**Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen** (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	e	f	7 a	12	116
117	118	126 a	h	d	127 a	h	128 a	h	e	120	131 a	h	e		

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119							
UK 119							
120				<input checked="" type="checkbox"/>			

**Sonstige Leistungen:**

Geb.-Nr.	Anz.

Geschätzte Material- u. Laborkosten **EUR** \_\_\_\_\_ | Voraussichtl. Gesamtkosten **EUR** \_\_\_\_\_

---

Anschrift des **Mitglieds**

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

\_\_\_\_\_

---

**Entscheidung der Krankenkasse**

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: \_\_\_\_\_ % | Anspruch besteht ab Quartal \_\_\_\_\_

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Markstr. 40, Tel. (0511) 32 73 44

SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Markstr. 40, Tel. (0511) 32 73 44  
Muster Nr. 2 01 104





## 1.5 Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ)

### 1.5.1 Auszug aus EKVZ

#### § 14 Krankenversichertenkarte, Behandlungsausweise, Behandlungsplanung und Abrechnungsvordrucke

[...]

(3) BEMA-Teil 3:

1. Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Ersatzkasse zu. Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 von BEMA-Teil 3. Über das 16. Behandlungsquartal hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.
2. Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8 b mitzuteilen und der Ersatzkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln.
3. Bei Kostenübernahme sendet die Ersatzkasse in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Eingang bei der Ersatzkasse ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Vertragszahnarzt zurück.
4. Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Ersatzkasse eine Kostenübernahmeerklärung auf dem Behandlungsplan abgegeben hat.
5. [...]

#### § 22 Gutachter und Obergutachter

(1) Im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV. Entsprechendes gilt für den Widerruf. Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund versagt werden.

Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für die Dauer der Amtsperiode der Organe der KZV bzw. der KZBV.

Für Implantologie-Gutachter und -Obergutachter gilt die Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen (Anlage 5).

Die Kieferorthopädie-Gutachter und -Obergutachter sollen die Anerkennung als Fachzahnärzte für Kieferorthopädie besitzen.

(2) Die Gebühren für die Begutachtung von Zahnersatz, kieferorthopädischer Behandlung und Parodontalbehandlung sowie die Oberbegutachtung bei Zahnersatz trägt die Ersatzkasse. Dem Vertragszahnarzt können die Kosten des Zahnersatz-Obergutachtens von der KZV auferlegt werden, wenn es nach den Umständen gerechtfertigt erscheint.

Die Punktwerte für Gutachten und Zahnersatz-Obergutachten werden gemäß den §§ 23, 24 und 25 dieses Vertrages in den Gesamtverträgen vereinbart.

(3) Die Gebühren für KFO- und PAR-Obergutachten trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt. Die Höhe der Gebühr legt die KZBV im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV fest.

(4) Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. In Ausnahmefällen, z. B. Wohnortwechsel des Versicherten, kann hiervon abgewichen werden.

(5) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter bzw. Obergutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) zur Verfügung zu stellen. Der Gutachter bzw. Obergutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. Die Ersatzkasse wird hiervon in Kenntnis gesetzt. Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt unter Berücksichtigung von § 7 Absatz 4 dieses Vertrages nach dem BEMA von der Ersatzkasse zu vergüten.

(6) Der Gutachter bzw. Obergutachter kann eine Untersuchung des Versicherten veranlassen. Die Ersatzkasse ist hiervon zu unterrichten. Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter im Benehmen mit dem Versicherten und dem Vertragszahnarzt festgelegt. Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

(7) Wenn und so lange die in den §§ 22 bis 26 dieses Vertrages beschriebenen Gutachterverfahren in einem bestimmten Teil des Geltungsbereiches dieses Vertrages nach übereinstimmender Bewertung der Partner dieses Vertrages aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht praktiziert werden, sind die Ersatzkassen berechtigt, andere sachverständige Zahnärzte mit der Erstellung entsprechender Gutachten zu beauftragen. Die Bestimmungen der §§ 275, 276 SGB V und § 100 SGB X bleiben durch das vertraglich geregelte Gutachterverfahren unberührt.

### **§ 23 Gutachterverfahren für BEMA-Teil 3**

(1) Die Ersatzkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen.

Soll der Behandlungsplan vor Beginn der KFO-Behandlung begutachtet werden, so sendet die Ersatzkasse den Behandlungsplan in zweifacher Ausfertigung.

gung in der Regel innerhalb von zwei Wochen an den Vertragszahnarzt zurück. Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen nach § 22 Absatz 5 dieses Vertrages unverzüglich zuzuleiten. Die Ersatzkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 6 c. Für die Begutachtung einer Therapieänderung oder einer Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gilt Entsprechendes.

(2) Die Ersatzkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnissnahme der Mitteilung gemäß § 14 Absatz 3 Nr. 2 dieses Vertrages ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. Die Ersatzkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Absätze 3 bis 5 sinngemäß.

(3) Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung der Anlage 6 c in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Anträge Stellung. Befürwortet er den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplanes der Ersatzkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. Befürwortet er ihn nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplanes der Ersatzkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. Für die Begutachtung einer Therapieänderung oder einer Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gilt Entsprechendes.

Ist zwischen Vertragszahnarzt und Ersatzkasse keine Einigung über die Mitteilung nach § 14 Absatz 7 dieses Vertrages zu erzielen, so ist das Gutachterverfahren innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Mitteilung bei der Ersatzkasse einzuleiten.

(4) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan, zum Verlängerungsantrag oder zur Therapieänderung können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV einzulegen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Falle der KZBV den Behandlungsplan bzw. den Verlängerungsantrag, das Gutachten und die Entscheidung der Ersatzkasse. Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei. Der Obergutachter wird vom Fachberater der KZBV bestimmt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

#### (5) Gutachtergebühren

Punkte

- a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen  
bzw. zu zusätzlich geplanten Maßnahmen

40

- |   |                   |
|---|-------------------|
| b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung sowie zu ausgeführten kieferorthopädischen Leistungen nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung  | 80                |
| c) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gem. § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG), (Anlage 1 zum Abschnitt B Nr. 2 der KFO-Richtlinien), ohne Begutachtung der Behandlungsplanung | 50                |
| d) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und Modellen, mit fachlicher Begründung   | siehe § 22 Abs. 3 |
| e) für die körperliche Untersuchung des Patienten   | 18                |

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

### 1.5.2 Formularblätter

Die Formularblätter zum Gutachten (Anlage 6 c EKVZ) und KFO-Behandlungsplan (Anlage 8 a EKVZ) sind inhaltlich identisch mit denen des BMV-Z. Siehe dazu Kapitel 1.4.3 und 1.4.4.

## 1.6 BEMA Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den Teilen 1 und/oder 2 abgerechnet werden.

	Bewertungszahl
<b>5 Kieferorthopädische Behandlungsplanung</b>	<b>95</b>
<p>Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzepts sowie Aufklärung des Patienten und Dokumentation, einschließlich Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Dokumentation ist dem Patienten anzubieten und auf Wunsch auszuhändigen.</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 5 ist nicht abrechnungsfähig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Verlängerungsanträgen,</li> <li>• bei Therapieänderungen und Ergänzungen zum Behandlungsplan</li> <li>• oder zur Retentionsplanung.</li> </ul>	
<b>116 Fotografie</b>	<b>15</b>
<p>Profil- oder en-face-Fotografie mit diagnostischer Auswertung, je Aufnahme</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 116 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.</p>	
<b>117 Modellanalyse</b>	<b>35</b>
<p>Zusätzliche Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale Analyse, graphische oder metrische Analyse, Diagramme), je Nr. 7 a</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei einer kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.</p> <p>Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.</p>	
<b>118 Kephalometrische Auswertung</b>	<b>29</b>
<p>Untersuchung des Gesichtsschädels, einmal je Fernröntgenseitenbild einschließlich Dokumentation</p>	

1. Eine Leistung nach Nr. 118 kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.
2. Eine Leistung nach Nr. 118 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechnungsfähig.

<b>119</b>	<b>Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention</b>	
	<b>a) einfach durchführbarer Art</b>	<b>132</b>
	<b>b) mittelschwer durchführbarer Art</b>	<b>204</b>
	<b>c) schwierig durchführbarer Art</b>	<b>276</b>
	<b>d) besonders schwierig durchführbarer Art</b>	<b>336</b>

Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:

I. Zahl der bewegten Zähne bzw. Zahngruppen	1-2 1	1-2 Zahngruppen 2	alle Zahngruppen 3
II. Größe der Bewegung	1-2 mm 1	3-5 mm 3	mehr als 5 mm 5
III. Art und Richtung der Bewegung		kippend*	
	günstig 1	ungünstig 3	körperlich 5
IV. Verankerung	einfach 1	mittelschwer 2	schwierig 5
V. Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig 1	gut 3	ungünstig 5

Die Summe der einzelnen Punkte ergibt die Bewertung für Schwierigkeit und Umfang der vorgesehenen Kieferumformung nach folgendem Schema:

5 bis 7 Punkte = a)	11 bis 15 Punkte = c)
8 bis 10 Punkte = b)	16 und mehr Punkte = d)

\* Als günstige „kippende“ Bewegung gelten:  
 Bukkalbewegung der Seitenzähne bei der Dehnung, Protrusionsbewegung der Frontzähne und Retrusionsbewegung der Frontzähne, Mesialbewegung der Seitenzähne;

als ungünstige „kippende“ Bewegung gelten:

Palatinalbewegung und Distalbewegung der Seitenzähne, Lateralbewegung von Frontzähnen, Drehung, Verlängerung und Verkürzung von Zähnen (auf direktem Wege).

**120 Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention**

a) einfach durchführbarer Art	204
b) mittelschwer durchführbarer Art	228
c) schwierig durchführbarer Art	276
d) besonders schwierig durchführbarer Art	336

Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:

I. Größe der Bissverlagerung	1-2 mm 1	½ Prämolarenbreite 3	über ½ bis 1 Prämolarenbreite 5
II. Lokalisation	einseitig 1	-	beiderseitig 3
III. Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung	mesial 1	lateral 2	distal 3
IV. Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig 1	gut 3	ungünstig 10

Die Summe der einzelnen Punkte ergibt die Bewertung für Schwierigkeit und Umfang der vorgesehenen Bissverlagerung:

4 bis 8 Punkte = a)	11 bis 12 Punkte = c)
9 bis 10 Punkte = b)	13 und mehr Punkte = d)

1. Im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 01 nur abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.
2. Im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Abrechnung von Leistungen der Nrn. 121 bis 124 neben einer Leistung der Nrn. 119/120 nicht möglich.



3. Der Zahnarzt hat quartalsweise Abschlagszahlungen abzurechnen
- |             |              |             |              |
|-------------|--------------|-------------|--------------|
| bei Nr. 119 | a) 11 Punkte | bei Nr. 120 | a) 17 Punkte |
|             | b) 17 Punkte |             | b) 19 Punkte |
|             | c) 23 Punkte |             | c) 23 Punkte |
|             | d) 28 Punkte |             | d) 28 Punkte |

Für Kalenderquartale, in denen keine kieferorthopädischen Leistungen erbracht wurden, entfällt die Abrechnung der Abschlagszahlung. In diesen Fällen verlängert sich die Behandlungszeit entsprechend. Insgesamt können nicht mehr als 12 Abschlagszahlungen abgerechnet werden.

4. Mit den Gebühren nach Nrn. 119/120 ist eine Behandlungszeit bis zu 16 Behandlungsquartalen abgegolten. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können in den Fällen nach den Nrn. 119 a und b sowie 120 a und b die restlichen Abschlagszahlungen bei Ende der Behandlung abgerechnet werden. Soweit nach den Nrn. 119 c und d sowie 120 c und d eingestufte Behandlungen vor 10 Behandlungsquartalen beendet werden, erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.
5. Bei der Frühbehandlung eines Distalbisses, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Non-okklusion) permanenter Zähne, eines progenen Zwangsbisses/ frontalen Kreuzbisses oder der Behandlung zum Öffnen von Lücken kann der Zahnarzt quartalsweise Abschlagszahlungen nach den Nrn. 119 und/oder 120, für längstens sechs Kalenderquartale abrechnen. Diese Abrechnung ist besonders zu kennzeichnen. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können die restlichen Abschlagszahlungen nach Satz 1 bei Ende der Behandlung abgerechnet werden.

Die Frühbehandlung soll nicht vor dem 4. Lebensjahr begonnen werden.

6. Die frühe Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen ist nach den Nrn. 119 und/oder 120 abrechnungsfähig.
7. Über das 4. Behandlungsjahr hinausgehende noch erforderliche Leistungen sind mit Begründung und Angabe der voraussichtlichen weiteren Behandlungszeit und der Neuuzuordnung aufgrund des Befundes am Ende des 4. Behandlungsjahres zu den Buchstaben a bis d der Nrn. 119 und 120 schriftlich zu beantragen.

Für die nach Ablauf von 16 Behandlungsquartalen notwendigen Behandlungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Retentionsüberwachung)

werden bei Leistungen nach Nrn. 119 und 120 die Abschlagszahlungen wie unter Nr. 3. quartalsweise fällig.

8. Wird die Behandlung abgebrochen, so erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.
9. Belehrende und ermahnende Informationen in einem Brief an die Patienten oder deren Erziehungsberechtigte sind mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und/oder 120 abgegolten.
10. Maßnahmen zur Retention können bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalenderquartals, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nrn. 119/120 geleistet worden ist, abgerechnet werden, längstens bis zum Abschluss der Behandlung. Der Zahnarzt hat den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.
11. Die Abrechnung von Leistungen nach den Nrn. 119/120 beginnt mit der therapeutischen Phase. Das ist in der Regel die erste Maßnahme zur Herstellung eines Behandlungsgerätes oder das Extrahieren, Separieren und Einschleifen von Zähnen im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Eingliederung des Behandlungsgerätes.
12. Übernimmt ein Zweitbehandler die Fortführung der Behandlung nach dem ursprünglichen Behandlungsplan, so kann der Zweitbehandler die restlichen Abschlagszahlungen abrechnen.

Hat der Erstbehandler 7 oder mehr Abschlagszahlungen abgerechnet, ist der Zweitbehandler berechtigt, nach Ablauf von 12 Behandlungsquartalen sofort einen Verlängerungsantrag zu stellen.

13. Mit den Nrn. 119/120 ist die Ausstellung der Abschlussbescheinigung abgegolten.

#### **121 Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss oder bei einem habituell offenen Biss, je Sitzung**

**17**

1. Eine Leistung nach Nr. 121 kann pro Patient bis zu sechsmal während eines Zeitraums von sechs Monaten abgerechnet werden. Nach einem Zeitraum von sechs Monaten ist die Abrechnung einer Leistung nach Nr. 121 ausgeschlossen. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach der Nr. 121 nicht abrechnungsfähig.
2. Zur Befundung und/oder Behandlung nach Nr. 121 sind Röntgenaufnahmen nicht abrechnungsfähig.

3. Für eine Leistung nach Nr. 121 ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.
- 122 Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung**
- a) Kontrolle des Behandlungsverlaufs einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel, für jede Sitzung **21**
- b) Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer **43**
- c) Einfügen von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer **27**
1. Die Eingliederung einer Mundvorhofplatte kann nicht nach Nrn. 119/120 abgerechnet werden. Nach den Nrn. 122 a bis c kann sie nur abgerechnet werden, wenn sie individuell gefertigt wurde.
2. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach den Nrn. 122 a bis c nicht abrechnungsfähig.
- 123a Kieferorthopädische Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten zum Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlustes, je Kiefer **40****
- 123b Kontrolle eines Lückenhalters, je Behandlungsquartal **14****
1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach Nrn. 123 a oder 123 b nicht abrechnungsfähig.
2. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a sind Material- und Laboratoriumskosten abrechnungsfähig.
3. Für eine Leistung nach Nr. 123 a ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.
4. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a kann ein Orthopantomogramm abgerechnet werden, wenn es nicht bereits erbracht wurde. Andere Röntgenaufnahmen sind daneben nicht abrechnungsfähig.
- 124 Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss, je Sitzung **16****
1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 124 nicht abrechnungsfähig.
2. Eine Leistung nach Nr. 124 ist bis zu zweimal abrechnungsfähig.

- 125 Maßnahmen zur Wiederherstellung von Behandlungsmitteln einschließlich Wiedereinfügen, je Kiefer 30**
1. Eine Leistung nach Nr. 125 kann neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet werden, wenn ein Behandlungsmittel wieder hergestellt wird.
  2. Die Wiederherstellung nach Nr. 125 bezieht sich nur auf Draht- oder Basisteile je Behandlungsgerät. Die Änderung von Behandlungsmitteln ist mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und 120 abgegolten. Die Aktivierung von Behandlungsmitteln, z. B. Nachstellen von Schrauben und Federelementen, kann nicht nach Nr. 125 abgerechnet werden.
- 126a Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten 18**
- Die Leistung beinhaltet die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben und die Überschussentfernung.
- Für die Eingliederung eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers sind einmalig bis zu sechsmal die Nr. 126 a und einmal die Nr. 127 a abrechnungsfähig. Wiedereingliederung und/oder Ersatz sowie die Nr. 127 b sind nicht abrechnungsfähig. Eine Leistung nach Nr. 126 d ist bzgl. eines Retainers nur abrechnungsfähig, wenn sie innerhalb der vertraglich festgelegten Retentionszeit anfällt.
- 126b Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laboratoriumskosten 42**
- Die Leistung beinhaltet die Vorauswahl am Modell, die Klebeflächenreinigung, das Vorbeschleifen, die Einprobe, das Adaptieren, das Finishing, das Konturieren, die Trockenlegung, das Zementieren und die Überschussentfernung.
- In der Regel soll an einem Zahn im Laufe einer Behandlung nur einmal ein Band oder ein Bracket befestigt werden.
- 126c Wiedereingliederung eines Bandes 30**
- 126d Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments 6**
- Die Leistung beinhaltet das Abnehmen, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren.
- Leistungen nach den Nrn. 126 bis 131 können neben Leistungen nach den Nrn. 119 und/oder 120 abgerechnet werden.

<b>127a</b>	<b>Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</b>	<b>25</b>
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
<b>127b</b>	<b>Ausgliederung eines Teilbogens</b>	<b>7</b>
<b>128a</b>	<b>Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</b>	<b>32</b>
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
<b>128b</b>	<b>Eingliederung eines individualisierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</b>	<b>40</b>
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, das Biegen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren. Zum Leistungsinhalt eines individualisierten Bogens gehören mindestens drei Biegungen 2. Ordnung oder eine Biegung 3. Ordnung.	
<b>128c</b>	<b>Ausgliederung von Vollbögen, je Bogen</b>	<b>9</b>
	Nach Nr. 128 c ist auch die Ausgliederung von Apparaturen nach Nr. 130 zweimal abrechnungsfähig.	
<b>129</b>	<b>Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens</b>	<b>24</b>
<b>130</b>	<b>Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</b>	<b>72</b>
	Die Ankerbänder gehören nicht zum Leistungsinhalt der Nr. 130, sie sind nach Nr. 126 b zweimal abrechnungsfähig. Material- und Laboratoriumskosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können gesondert abgerechnet werden.	
<b>131a</b>	<b>Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennaht- erweiterungsapparatur</b>	<b>50</b>
	Neben einer Leistung nach der Nr. 131 a ist eine Leistung nach der Nr. 126 b bis zu viermal abrechnungsfähig.	
<b>131b</b>	<b>Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbstscharnier) bei spätem Behand- lungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist</b>	

**und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann. 50**

Neben einer Leistung nach der Nr. 131 b ist eine Leistung nach der Nr. 126 b bis zu viermal abrechnungsfähig.

**131c Eingliederung einer Gesichtsmaske 50**

Neben den Leistungen nach Nrn. 131 a bis c können Material- und Laboratoriumskosten gesondert abgerechnet werden.

## Anhang 2: Besprechungsergebnisse aus KFO-Gutachtertägungen

### **Verlängerungsantrag**

Der Verlängerungsantrag ist wie ein neuer Behandlungsplan anzusehen, in dem der Schwierigkeitsgrad nach den Gebührennummern 119/120 neu zu bestimmen ist. Bei der Begutachtung des Verlängerungsantrages sind dem Gutachter alle notwendigen Unterlagen (auch Modelle des Befundes bei Behandlungsbeginn) zur Verfügung zu stellen. Der Gutachter kann sich bei der Begutachtung auch über die vorgesehene Behandlungszeit äußern, wenn er feststellt, dass diese zu lang angesetzt ist. Nach Ablauf des vom Gutachter angegebenen Zeitraums kann der Zahnarzt ggf. einen weiteren Verlängerungsantrag stellen. Der Gutachter hat beim Verlängerungsantrag nur zu dem vorliegenden Konzept und nicht zu der bisherigen Behandlung Stellung zu nehmen. Jeder Zahnarzt muss nach bestem Wissen und Gewissen behandeln, ganz gleich, ob die Behandlung zu einem Erfolg führt. Ob es sich bei der Behandlung um einen „Kunstfehler“ handelt, hat nicht der Gutachter, sondern nur ein Gericht zu entscheiden.

### **Anforderung intraoraler Aufnahmen zur Begutachtung von T 3-Fällen**

Im Vertragsgutachterwesen dürfen nur vertraglich festgelegte Unterlagen angefordert werden. Aus den eingereichten Befundunterlagen muss sich der traumatisierende Einbiss in die Gingiva erkennen lassen. Sofern der Behandler intraorale Aufnahmen mitschickt, besteht auch die Möglichkeit, diese Bilder auszuwerten und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

### **Frühbehandlung nach KIG M4 oder M5 oder**

#### **Frühe Behandlung nach KIG M4 oder M5:**

##### **Wo ist der Unterschied zu sehen?**

Der progene Zwangsbiss löst eine Frühbehandlung nach Buchstabe B Nr. 8c der KFO-Richtlinien und damit eine Behandlungszeit von maximal 6 Quartalen aus, während eine echte Progenie einen frühen Behandlungsbeginn nach Buchstabe B 8 Nr. d bedeutet und die Behandlungszeit bis zu 16 Quartalen betragen kann.

### **Löst die alleinige Extraktion eines 6´ers wegen Karies KIG U aus?**

Fall: Einem 16-jährigen Patienten muss nach der KFO-Behandlung wegen Karies ein Molar (6´er) extrahiert werden.

Diese Fälle sind individuell nach Indikation zu entscheiden. Grundsätzlich ist hier die prothetische Versorgung die wirtschaftlichere Behandlungsweise.

### **Positioner**

Aufgrund des Beschlusses des Vorstandes der KZBV gehört der Positioner zur aktiven Behandlungsphase. Nach Absetzen der Positioner-Therapie beginnt die Retentionsphase. Der Beschluss des Vorstandes der KZBV vom 25.10.90 hat folgenden Wortlaut:

„Der Vorstand der KZBV vertritt einstimmig die Auffassung, dass der Positioner als aktives Behandlungsgerät im Rahmen einer KFO-Behandlung einzusetzen ist und die Retentionsphase erst dann beginnt, wenn die vom Positioner erwarteten Bewegungen beendet sind.“

**Darf ein neuer Behandler das Bracketsystem wechseln, wenn er selbst die entsprechenden Slots nicht verwendet?**

Die Referententagung ist der Auffassung, dass hier das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt. Der neu aufgesuchte Behandler soll den Patienten an einen anderen Kieferorthopäden überweisen, der das bisherige System verwendet.

**Einsatz eines Herbstscharniers in der vertragszahnärztlichen Versorgung**

Die Behandlung mit einem Herbstscharnier stellt grundsätzlich eine außervertragliche Leistung dar. Zu den vertragszahnärztlichen Leistungen gehört sie nur bei einem späten Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann. Voraussetzung ist, dass es sich zum Zeitpunkt der Beantragung um einen Erstbehandlungsplan als Spätfall handelt.

**Stellen subtotale Osteotomien zur Gaumennahterweiterung eine Operationsmaßnahme im Sinne des § 28 Abs. 2 SGB V dar?**

Die isolierte Gaumennahterweiterung ist keine Operationsmaßnahme in diesem Sinne. Subtotale Osteotomien zählen grundsätzlich ebenso nicht zu derartigen Operationsmaßnahmen. Ggf. kann im Einzelfall das Ausmaß des geplanten chirurgischen Eingriffs gutachterlich überprüft werden.

**Schwierigkeiten mit der Genehmigung von diagnostischen Leistungen im Verlängerungsantrag, hier die Anzahl der Positionen 7a und 117**

Es wird auf die vertraglichen Bestimmungen des BEMA hingewiesen. Danach sind diese Positionen im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu dreimal, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer LKG-Spalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

Die KZVen wurden in einem Rundschreiben vom 10.11.2005 auf einen Konsens zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen aufmerksam gemacht. Danach sind die Gebühren-Nrn. 7a und 117 bei einem Verlängerungsantrag je einmal zu beantragen.

**Therapie in der Frühbehandlung**

Es wird darauf hingewiesen, dass primär die KIG-auslösende Anomalie in der Frühbehandlung behandelt werden soll, da in sechs Quartalen in der Regel keine vollständige Therapie durchgeführt werden kann. Die Unterbrechung der Progredienz ist nach Auffassung der DGKfo die Indikation einer Behandlung im Milchgebiss.



**Anhang 3:  
Gutachtenbegleitblätter (Musterformulare)**

**Begleitblatt KFO Gutachten**

<b>KZV-Vorgangs-Nr./ Gutachter-Nr.</b>	<b>Name, Vorname des Patienten:</b>	<b>Behandelnder Zahnarzt:</b>	<b>Datum:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Behandlungsplan</b>	<input type="checkbox"/> <b>.... Verlängerung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Therapieänderung</b>		
			<b>Gutachter(in)</b>	
			<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>1. Auswertbare Modelle vorhanden</b>				
<b>2. Auswertbare Zahnrontgen (OPG) vorhanden</b>				
<b>3. Auswertbare Fernrontgen vorhanden</b>				
<b>4. Auswertung Fernrontgen vorhanden</b>				
<b>5. Befund zutreffend beschrieben</b>				
<b>6. Therapieplan schlüssig</b>				
<b>7. Einstufung 119/120 vertragsgemäß</b>				
<b>8. Mehrfachpositionen angemessen</b>				
<b>9. Laborkosten angemessen</b>				
<b>10. KIG-Einstufung zutreffend</b>				
<b>Bemerkungen GA:</b>				
	<b>befürwortet</b>	<b>abgelehnt</b>	<b>mit Änderungen</b>	
<b>Planung / KIG:</b>				

### Begleitblatt KFO

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Gutachter-Nr.

Vorname: \_\_\_\_\_

Behandler-Nr.

Primärkasse

Bearbeitungsdatum: \_\_\_\_\_

VdAK/AEV

Anderer Kostenträger

Unterschrift \_\_\_\_\_

Erstbehandlung  Zweitbehandlung  \_\_\_\_\_ Verlängerung  Therapieänderung/  
Nachtrag

**Ja** **Nein**

1. **Diagn. Unterlagen** fallbezogen/vollständig am ..... eingegangen

**Unterlagen** voll verwertbar .....

Fehlende Unterlagen:	Unterlagen mit Mängeln:	Bemerkungen:
Modelle ..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	_____
Zahnrontgen ..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	_____
Fernrontgen ..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	_____
Auswertung Fernrontgen ..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	_____
Handrontgen ..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	_____
Fotos einschl. Auswertung ..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	_____
Einstufung 119/120 ..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	_____

**Ja** **Nein**

2. **Befund zutreffend beschrieben** .....

Mängel:

Röntgenbefund:	unvollständig..... <input type="checkbox"/>	fehlerhaft..... <input type="checkbox"/>
Funktionelle Störungen:	zu vermuten..... <input type="checkbox"/>	nicht beachtet..... <input type="checkbox"/>
Anamnese:	nicht erhoben..... <input type="checkbox"/>	nicht berücksichtigt..... <input type="checkbox"/>
	Angaben fehlen..... <input type="checkbox"/>	
Diagnose:	unvollständig..... <input type="checkbox"/>	falsch..... <input type="checkbox"/>
	fehlerhaft..... <input type="checkbox"/>	

**Ja** **Nein**

3. **Therapieplanung schlüssig** .....

Therapie:	unvollständig..... <input type="checkbox"/>	falsch..... <input type="checkbox"/>	
	fehlerhaft..... <input type="checkbox"/>		
Behandlungsmethode geeignet/wirtschaftlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>entfällt</b>

4. **Einstufung 119/120 zutreffend** .....

zu niedrig.....  zu hoch.....

5. **Mehrfachpos. angemessen** .....

zu niedrig.....  zu hoch.....

6. **Laborkosten angemessen** .....

zu niedrig.....  zu hoch.....

7. **Plan befürwortet** .....

<input type="checkbox"/> mit Abänderungen	<input type="checkbox"/> Plan zur Überarbeitung zurück
<input type="checkbox"/> nach Rücksprache	<input type="checkbox"/> Nach dem Indikationssystem keine vertragszahnärztliche Versorgung
<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: .....
<input type="checkbox"/> schriftlich	.....

Name der Krankenkasse			<b>Formblatt KFO-Gutachten</b>		
Name, Vorname des Versicherten  geb. am					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Name des Gutachters  Datum		
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			

<input type="checkbox"/> Kfo-Behandlungsplan	<input type="checkbox"/> Kfo-Verlängerungsantrag	<input type="checkbox"/> Kfo-Therapieänderung	<input type="checkbox"/> KIG-Einstufung
--	--	---	---

		Behandler(in)		Gutachter(in)	
		ja	nein	ja	nein
<b>1.</b>	<b>Fotos/Röntgen/Modelle</b>				
1.1	vollständig				
1.2	auswertbare Fotos				
1.3	auswertbare Zahnfilme				
1.4	auswertbares OPG				
1.5	auswertbare Fernröntgenaufnahme				
1.6	auswertbare Handröntgenaufnahme				
1.7	auswertbare Modelle				
<b>2.</b>	<b>Anamnese/Befund/Diagnose</b>				
2.1	Anamnese-Angaben vollständig				
2.2	FRS-Auswertung vorhanden				
2.3	Diagnose vollständig				
<b>3.</b>	<b>Therapieplanung</b>				
3.1	Therapieplanung schlüssig				
3.2	Einstufung 119/120 zutreffend				

<b>vom Gutachter auszufüllen</b>	<b>Plan befürwortet</b>	ja	nein	<b>mit Einschränkung</b>
	<b>Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe ist korrekt</b>	ja	nein	

Zusätzliche Bemerkungen der Behandlerin/des Behandlers	Zusätzliche Bemerkungen der Gutachterin/des Gutachters
--	--



---

---

---

## **Impressum**

Herausgeber Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)  
Universitätsstraße 73 · 50931 Köln · [www.kzbv.de](http://www.kzbv.de)

Gestaltung atelier wieneritsch

Titelfoto © erikdegraaf / [www.fotosearch.de](http://www.fotosearch.de)

Köln, Juli 2012