

» Leitfaden für den KFO-Gutachter

im System der gesetzlichen
Krankenversicherung

3. Auflage, 2014
aktualisiert am 01.07.2018

» Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

KZBV



»» Leitfaden für den KFO-Gutachter

im System der gesetzlichen
Krankenversicherung

3. Auflage, 2014
aktualisiert am 01.07.2018

» Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

KZBV



Inhalt

Vorwort	5
1. Der KFO-Gutachter in der gesetzlichen Krankenversicherung	6
1.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen	6
1.2 Die Rolle des KFO-Gutachters	7
2. Ablauf des Gutachterverfahrens	10
2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten	10
2.2 Verfahren bei Obergutachten	11
3. Durchführung der Begutachtung	14
3.1 Vorbereitung des Gutachtens	14
3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit und Auswertbarkeit	14
3.3 Prüfung des Behandlungsbedarfs	16
3.4 Prüfung der Behandlungsplanung/Wirtschaftlichkeit	17
4. Inhalt und Aufbau des Gutachtens	20
5. Gutachtergebühren	22
Anhang 1: Rechtsgrundlagen für den KFO-Gutachter	24
1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)	24
1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	26
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	38
1.4 Auszüge aus Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)	40
1.4.1 Gutachtervereinbarung	40
1.4.2 Kieferorthopädischer Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z)	45
1.4.3 Auftrag zur Begutachtung (Vordruck 6a der Anlage 14a zum BMV-Z)	46
1.4.4 Begutachtungsformular (Vordruck 6c der Anlage 14a zum BMV-Z)	47
1.4.5 Abrechnung der Begutachtung (Vordruck 6d der Anlage 14a zum BMV-Z)	48
1.5 BEMA Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung	49
Anhang 2: Besprechungsergebnisse aus KFO-Gutachtertägungen	58
Anhang 3: Gutachtenbegleitblätter (Musterformulare)	62
Impressum	66

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 zulasten der Krankenkasse.

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. Die 3. Auflage wurde durch die Neuordnung der Gutachtervereinbarung zum 1. Juli 2018 erforderlich, mit der die bisherigen Vorschriften von BMV-Z und EKVZ zu einem einheitlichen Bundesmantelvertrag-Zahnärzte zusammengeführt wurden. Im Leitfaden sind nun die wesentlichen Änderungen aufgenommen, die sich daraus für die gutachterliche Tätigkeit in der Kieferorthopädie ergeben.

Allen Gutachterinnen und Gutachtern danken wir für ihre Bereitschaft, die Kieferorthopädie in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu begleiten und zu fördern.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Christoph Lassak
Fachberater der KZBV für Kieferorthopädie

Martin Hendges
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 der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KZBV geschlossene Bundesmantelvertrag 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 dem GKV-Spitzenverband vertraglich vereinbart. Nach der Harmonisierung des Gutachterwesens im Frühjahr 2014 mit einheitlichen Regelungen für alle Kassenarten wurden die bis dato unterschiedlichen Bundesmantelverträge für die Primärkassen und für die Ersatzkassen ab dem 01.07.2018 zu einem einheitlichen Bundesmantelvertrag-Zahnärzte zusammengefasst. Die bisher in § 2a und Anlage 15 zum BMV-Z(alt) bzw. § 22 und Anlage 15 EKVZ enthaltenen Gutachtervereinbarungen finden sich im neuen BMV-Z in § 4 in Verbindung mit der Anlage 4.

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.

Die Krankenkassen können entsprechend § 4 Abs. 9 BMV-Z neu anstelle des vertraglich vereinbarten Gutachterverfahrens das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wählen. Die Verfahren stehen gleichberechtigt nebeneinander.

Die beiden unterschiedlichen Begutachtungsverfahren dürfen allerdings nicht vermengt werden. Somit ist es nicht zulässig, nach einem MDK-Gutachten in zweiter Instanz das vertraglich vereinbarte Obergutachterverfahren durchzuführen. Umgekehrt kann auch ein Vertragsgutachten nicht durch den MDK zweitbegutachtet bzw. überprüft werden.

Im Sinne der Erhaltung planbarer Verhältnisse für alle am Begutachtungswesen Beteiligten können die Gesamtvertragspartner auf Landesebene vereinbaren, dass die Krankenkassen in der Regel das vertraglich vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das MDK-Verfahren wahrnehmen (vgl. auch „Gemeinsames Rundschreiben von KZBV und GKV-SV“, 19. Juni 2018).

2 Ablauf des Gutachterverfahrens

2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten

Die Begutachtung geplanter kieferorthopädischer Behandlungen richtet sich nach den in der Gutachtervereinbarung (siehe Anlage 4 zum BMV-Z) getroffenen Regelungen. 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 (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) zu erstellen und der Krankenkasse in zweifacher Ausfertigung zuzuleiten. Entsprechendes gilt bei einer Therapieänderung sowie einem Verlängerungsantrag für über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende Leistungen.

Die Krankenkasse kann den Behandlungsplan begutachten lassen. In diesem Fall erteilt sie einem der Gutachter einen schriftlichen Auftrag unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z. Gleichzeitig sendet sie den Behandlungsplan in zweifacher 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 unverzüglich zuzuleiten.

Als Folge des Patientenrechtegesetzes ist der Gutachter verpflichtet, das Gutachten nach Vorlage der vom behandelnden Vertragszahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Eine Verlängerung dieser Frist kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig anzuzeigen. Ein begründeter Ausnahmefall liegt beispielsweise vor, wenn der behandelnde Zahnarzt die erforderlichen Befundunterlagen nicht rechtzeitig übersendet. Der Gutachter sollte die Krankenkasse darüber informieren, wenn ihm die Befundunterlagen nicht innerhalb einer Woche zur Beurteilung übersandt werden. Dann hat die Verzögerung nicht der Gutachter zu verantworten.

Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung des Vordrucks 6c der Anlage 14a zum BMV-Z 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 gegebenenfalls 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.

Nach der Gutachtervereinbarung hat der Zahnarzt Leistungen, die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten Leistungen hinausgehen, der Krankenkasse anzuzeigen. Die Krankenkasse hat dann die Möglichkeit, die Notwendigkeit dieser Ergänzungsleistungen ebenfalls innerhalb von 4 Wochen gutachterlich überprüfen zu lassen.

Für die Abrechnung der Begutachtungskosten steht dem Gutachter der Vordruck 6d der Anlage 14a zum BMV-Z zur Verfügung. Die Kosten der Begutachtung trägt 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 Krankenkasse kann in diesen Fällen in der Regel innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung ist die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes zur Einholung eines Gutachtens verpflichtet. Die Vereinbarungen zur Gutachtertätigkeit bei Behandlungsplanungen gelten im Übrigen entsprechend; die Kosten der Begutachtung trägt auch in diesem Fall die Krankenkasse und die Abrechnung der Begutachtungskosten erfolgt ebenfalls über Vordruck 6d der Anlage 14a zum BMV-Z.

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 selbst ist nicht antragsberechtigt. Das Obergutachterverfahren stellt keine Rechtsmittelinstanz dar, auf die vom Versicherten bei einem ablehnenden Bescheid der Krankenkasse ein Anspruch besteht.

Der Einspruch ist vom Einspruchsführer ausreichend zu begründen und an die KZBV zu richten. Die Frist für die Einlegung des Einspruchs beträgt bei allen Kassenarten einen Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters. In der Gutachtervereinbarung wurde konkretisiert, welche Unterlagen der Einspruchsführer der KZBV zur Verfügung zu stellen hat: den Behandlungsplan bzw. Verlängerungsantrag oder die Therapieänderung, das Gutachten und, wenn der Vertragszahnarzt Einspruch einlegt, die Entscheidung der Krankenkasse.

Nach Eingang des Einspruchs prüft die KZBV, ob die erforderlichen Unterlagen vorliegen und leitet sie zur Bestimmung eines Obergutachters an den Fachberater für Kieferorthopädie der KZBV weiter. Dieser überprüft nochmals die Fallunterlagen und bestimmt den Obergutachter.

Die Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter gelten sinngemäß auch für die 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 GKV-Spitzenverband – 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 Vertragszahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens anteilig oder vollständig, wenn er selbst den Einspruch eingelegt hat und dieser erfolglos bleibt. Die Höhe der vom Vertragszahnarzt zu tragenden Kosten wird im Einzelfall festgelegt.

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 leistungrechtliche Entscheidung über die Kostenübernahme treffen kann. Gegen diese Entscheidung stehen dem Versicherten, soweit er durch sie belastet wird, Rechtsbehelfe in Form von Widerspruch und Klage zur Verfügung.

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 – auch unter Beachtung der 4-Wochen-Frist – 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 der Behandlungs- und Befundunterlagen und gegebenenfalls durch eine persönliche Untersuchung vorzunehmen. Es liegt daher im Ermessen des Gutachters festzustellen, ob die vom Zahnarzt zur Verfügung gestellten Unterlagen eine Beurteilung ermöglichen oder eine 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. Der Untersuchungstermin ist vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festzulegen. Hiervon sind sowohl der behandelnde Zahnarzt als auch die Krankenkasse zu unterrichten. Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

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 kieferorthopä-

dischen 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 (mit fixierter Okklusion und dreidimensional orientiert einschließlich Analyse)
- 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
- Handwurzeltaufnahmen:
Sie können zweckmäßig oder erforderlich sein zur Wachstumsbeurteilung, z. B.:
 - bei vorgesehener Bisslageumstellung
 - bei erheblichen skelettalen Anomalien
 - vor chirurgisch-kieferorthopädischen Maßnahmen

In der aktuellen Gutachtervereinbarung wurde für alle Kassenbereiche geregelt, dass der Gutachter fehlende oder ergänzende diagnostische Unterlagen unmittelbar vom Behandler anfordern kann. Die Krankenkasse ist hiervon in Kenntnis zu setzen. Erhält der Gutachter auch auf Nachforderung keine Unterlagen, die eine fachgerechte Beurteilung ermöglichen, kann die Behandlungsplanung nicht befürwortet werden; der Auftrag für die Begutachtung ist dann an die Krankenkasse zurückzugeben. Der Gutachter kann in diesem Fall zumindest seine Auslagen der Krankenkasse in Rechnung stellen.

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
- In diesen Fällen ist eine aufeinander abgestimmte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsplanung erforderlich, die dem Gutachter gegenüber durch die Vorlage des Arztbriefes des Kieferchirurgen dokumentiert werden kann.

Frühbehandlung (KFO-Richtlinie, B 8 c)

- Vorliegen eines Distalbisses, lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses, einer Bukkalokklusion permanenter Zähne, eines prognen 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

Dem behandelnden Vertragszahnarzt steht die Wahl der therapeutischen Mittel frei. Der Gutachter hat daher zu beurteilen, ob die gewählte Therapie im vorliegenden Behandlungsfall grundsätzlich geeignet ist. Meinungsverschiedenheiten darüber sind mit dem Behandler in kollegialer Weise zu klären. 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 Ergänzungen oder Änderungen zustimmen, muss er die Behandlungsplanung insgesamt ablehnen. Häufige 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. 9. 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 (Vordruck 6c der Anlage 14a zum BMV-Z) 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), auch auf Anlageblättern
- (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 Gebühren, die in § 6 der Anlage 4 zum BMV-Z aufgeführt sind.

Diese errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils KZV-spezifischen Punktwerten. Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.

- a) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG, Anlage 1 zu den KFO-Richtlinien) ohne Begutachtung der Behandlungsplanung:
50 Punkte
- b) Gutachten zu einer Behandlungsplanung, einem Verlängerungsantrag oder einer Therapieänderung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung:
80 Punkte
- c) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen oder zu zusätzlich geplanten Leistungen:
40 Punkte
- d) Begutachtung eines Nachbefundes, soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt:
20 Punkte
- e) für die körperliche Untersuchung des Patienten:
18 Punkte
- f) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR 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. 7700 oder 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Für die Abrechnung der Begutachtungskosten ist der Vordruck 6d der Anlage 14a zum BMV-Z vom Gutachter zu verwenden.

1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

Auszug:

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

(3) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

§ 2 Leistungen

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 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.

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) [...]

(2) ... ⁶Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. ⁷Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

(3) [...]

§ 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.

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

(1) [...]

(2) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. [...]

2. zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2,

2a. [...]

§ 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) in der seit dem 01.01.2004 gültigen Fassung

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 fest-

gestellt 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)

Grad Indikationsgruppen (Befunde)		Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG)				
		1	2	3	4	5
Kraniofaziale Anomalie	A					Lippen-Kiefer-Gaumen- spalte bzw. andere kraniofaziale Anomalie
Zahnunterzahl (Aplasie oder Zahnverlust)	U				Unterzahl (nur wenn präprothetische Kiefer- orthopädie oder kiefer- orthopädischer Lücken- schluss 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	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 Hemmungsmisbildungen 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 Auszüge aus dem Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

1.4.1 Gutachtervereinbarung

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung in der Fassung vom 25.04.2018; Inkrafttreten am 01.07.2018 (Anlage 4 zum BMV-Z)

§ 1 Antrags- und Genehmigungsverfahren

(1) ¹Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. ²Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 von BEMA-Teil 3. ³Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.

(2) ¹Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster des Vordrucks 4b der Anlage 14a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. ²Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine weitere Ausfertigung zu übersenden.

(3) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang ein Exemplar des Behandlungsplanes mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum in grundsätzlich elektronischer Form an die zuständige KZV. ³Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. ⁴Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. ⁵Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln. ⁶Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. ⁷Der Behandlungsplan ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. ⁸Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Behandlungsplans die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

(4) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können auf der Grundlage der Behandlungspläne und der Mitteilungen gem. Abs. 2 Satz 1 die Auswirkungen

der Einführung des Kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) überprüfen lassen. ²Näheres regeln die Gesamtvertragspartner auf Landesebene.

§ 2 Einleitung des Gutachterverfahrens

(1) ¹Die Krankenkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.

(2) ¹Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (wie Kiefermodelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund) einschließlich vorliegender Auswertungen unverzüglich zuzuleiten.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Abs. 1 entsprechend.

(4) ¹Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gemäß § 1 Abs. 2 ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. ²Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. ³Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. ⁴Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 3 bis 6 entsprechend.

(5) Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigten kieferorthopädischen Maßnahmen zur vertragszahnärztlichen Versorgung (KIG-Einstufung) hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen.

(6) ¹Kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, hat der Vertragszahnarzt der Krankenkasse anzuzeigen. ²Die Krankenkasse kann diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen.

§ 3 Begutachtung

(1) ¹Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung des Vordrucks 6c der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplans. ³Mei-

nungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.

(2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Behandlungsplanungen nach Vorlage der vom behandelnden Vertragszahnarzt vorzulegenden Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund, Heil- und Kostenplan) innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Die Behandlungs- und Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.

(3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.

(4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

(5) ¹Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplans der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplans der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Abs. 1 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

(1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan, zum Verlängerungsantrag oder zur Therapieänderung können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.

(2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV den Behandlungsplan, den Verlängerungsantrag oder die Therapieänderung, das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.

(3) Im Übrigen gelten § 2 Abs. 1 bis 3 und § 3 sinngemäß.

(4) Der für den zu begutachtenden Fall zuständige Obergutachter wird vom Fachberater der KZBV bestimmt.

§ 5 Kostentragung

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

§ 6 Gutachtergebühren

(1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.

- a) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG, Anlage 1 zu den Kfo-Richtlinien) ohne Begutachtung der Behandlungsplanung: 50 Punkte
- b) Gutachten zu einer Behandlungsplanung, einem Verlängerungsantrag oder einer Therapieänderung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung: 80 Punkte
- c) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen oder zu zusätzlich geplanten Leistungen: 40 Punkte
- d) Begutachtung eines Nachbefundes, soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt: 20 Punkte
- e) Für die körperliche Untersuchung des Patienten: 18 Punkte
- f) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.

(2) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.

(3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Protokollnotiz:

Sofern im Laufe einer kieferorthopädischen Behandlung die Krankenkasse seitens des Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters Hinweise über einen unregelmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung erhält, hat diese die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu beteiligen. Soweit ein von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bestellter Fachberater für kieferorthopädische Leistungen in Anspruch genommen wird, kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Gebühr entsprechend § 6 Abs. 1 lit. b in Rechnung stellen.

1.4.2 Kieferorthopädischer Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z)

Krankenkasse bzw. Kostenträger <hr/> Name, Vorname des Versicherten geb. am <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 33%;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Status</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Vertragszahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum	<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung KFO-Verlängerungsantrag Behandlungsbeginn Quartal <input type="text"/> Beginn der Verlängerung Quartal <input type="text"/> Voraussichtliche Dauer Quartale <input type="text"/> KIG-Einstufung <input type="text"/>
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum					

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)

Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	

voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119							
UK 119							
120				⊗			

Sonstige Leistungen: **Geb.-Nr.** **Anz.**

Geschätzte Material u. Laborkosten EUR **voraussichtl. Gesamtkosten EUR**

Anschrift des Mitgliedes

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

1.4.3 Auftrag zur Begutachtung (Vordruck 6a der Anlage 14a zum BMV-Z)

Name und Anschrift der Krankenkasse

Je ein Exemplar für den **Gutachter**, den **Zahnarzt** und die **Krankenkasse**

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versicherten-Nr.	
Name des Zahnarztes	
Anschrift des Zahnarztes	

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____ ZE
- ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____ Mä
- vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____ KB
- vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung: KFO
 - Behandlungsplan vom _____
 - Verlängerungsantrag vom _____
 - Therapieänderung vom _____
 - KIG-Einstufung vom _____
 - Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- vorgesehenen PAR-Behandlung/-Therapieergänzung nach dem PAR-Status vom _____ PAR

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Hinweis an den Zahnarzt:

Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 4 bzw. 5, § 2 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.

1.4.4 Begutachtungsformular (Vordruck 6c der Anlage 14a zum BMV-Z)

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Begutachtung kieferorthopädische Behandlung

Die Erstellung des Gutachtens über

- KFO-Behandlungsplan vom _____
 KFO-Verlängerungsantrag vom _____
 KFO-Therapieänderung vom _____
 KIG-Einstufung vom _____
 KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Ergebnis

1. Der KFO-Behandlungsplan wird befürwortet
 ja
 mit Einschränkung
 nein
2. Der KFO-Verlängerungsantrag wird befürwortet
 ja
 mit Einschränkung
 nein
 Quartale _____
3. Die KFO-Therapieänderung wird befürwortet
 ja
 mit Einschränkung
 nein
4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) ist korrekt
 ja
 nein, welche _____
5. Der KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen wird befürwortet
 ja
 mit Einschränkung
 nein
6. Die Material- und Laborkosten sind angemessen
 ja
 nein, Höhe _____

Begründung (falls den Angaben des Zahnarztes / Kieferorthopäden nicht gefolgt wird, ggf. abweichende Gebühren-Nummern angeben)

Name und Anschrift des Zahnarztes

--

Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift

1.4.5 Abrechnung der Begutachtung (Vordruck 6d der Anlage 14a zum BMV-Z)

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über

- die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführte prothetische Leistungen vom _____
- den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom _____
- die PAR-Therapieergänzung vom _____
- die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkerkrankungen vom _____
- die KFO-Behandlung nach dem Behandlungsplan / Verlängerungs-/ Therapieänderungsantrag / KIG-Einstufung / Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- die Feststellung einer Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V „Implantologische Leistungen“ erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Kostenabrechnung des Gutachters

Art der Leistung	Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
Gutachten			
Untersuchung des Patienten			
Sonstige Leistungen BEMA-Nr. _____ _____ _____ _____			
Kostenpauschale für bare Auslagen (z. B. Telefon, Porto, Verpackung)			12,20
Zwischensumme			
Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe der Umsatzsteuer ¹		19 %	
Rechnungsbetrag			

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK² _____

IBAN _____

Steuer-Nr. _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Gutachters

¹ Falls sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Umsatzsteuerpflicht bestanden hat, ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer an die Krankenkasse zurückzuzahlen.

² Gutachter, die über ein Institutionskennzeichen (IK) verfügen, können dieses an Stelle der Bankverbindung eintragen. Das IK kann auf freiwilliger Basis unter www.dguv.de/arge-ik beantragt werden.

1.5 BEMA Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung

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

	Bewertungszahl
5 Kieferorthopädische Behandlungsplanung	95
<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"> • bei Verlängerungsanträgen, • bei Therapieänderungen und Ergänzungen zum Behandlungsplan • oder zur Retentionsplanung. 	
116 Fotografie	15
<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>	
117 Modellanalyse	35
<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>	
118 Kephalometrische Auswertung	29
<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.

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

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
	<p>1. Eine Leistung nach Nr. 125 kann neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet werden, wenn ein Behandlungsmittel wieder hergestellt wird.</p> <p>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.</p>	
126a	Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	18
	<p>Die Leistung beinhaltet die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben und die Überschussentfernung.</p> <p>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.</p>	
126b	Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	42
	<p>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.</p> <p>In der Regel soll an einem Zahn im Laufe einer Behandlung nur einmal ein Band oder ein Bracket befestigt werden.</p>	
126c	Wiedereingliederung eines Bandes	30
126d	Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments	6
	<p>Die Leistung beinhaltet das Abnehmen, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren.</p> <p>Leistungen nach den Nrn. 126 bis 131 können neben Leistungen nach den Nrn. 119 und/oder 120 abgerechnet werden.</p>	

127a	Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	25
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
127b	Ausgliederung eines Teilbogens	7
128a	Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	32
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
128b	Eingliederung eines individualisierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	40
	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.	
128c	Ausgliederung von Vollbögen, je Bogen	9
	Nach Nr. 128 c ist auch die Ausgliederung von Apparaturen nach Nr. 130 zweimal abrechnungsfähig.	
129	Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens	24
130	Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	72
	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.	
131a	Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennaht- erweiterungsapparatur	50
	Neben einer Leistung nach der Nr. 131 a ist eine Leistung nach der Nr. 126 b bis zu viermal abrechnungsfähig.	

131b Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbstscharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist 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

KIG E – Kontaktpunktabweichung im Verhältnis zum idealen Zahnbogen

Es wird auf die Vereinbarung der KZBV und dem GKV-Spitzenverband hingewiesen. Danach seien Kontaktpunktabweichungen zum idealen Zahnbogen maßgebend und zwar nur für Schneidezähne. Eine Abweichung distal der seitlichen Schneidezähne sei der Gruppe P zuzuordnen.

Rechtfertigende Indikation von Röntgenaufnahmen

Eine richtliniengemäße Planung erfordert regelmäßig die Befundunterlagen, die in den KFO-Richtlinien erwähnt sind. Der Gutachter kann im Einzelfall feststellen, ob er die Begutachtung ohne Röntgenaufnahmen vornehmen kann. Ist dies nicht möglich und stellt der Behandler die erforderlichen Unterlagen nicht zur Verfügung, kann der Gutachter das Gutachten nicht erstellen und muss den Auftrag zurückweisen bzw. den Behandlungsplan ablehnend beurteilen.

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.

Behandlungen im Milchgebiss bei Kreuzbissen

Grundsätzlich ist die Zuordnung zur kieferorthopädischen Indikationsgruppe K nur möglich, wenn am seitlichen Kreuzbiss auch permanente Zähne beteiligt sind (siehe Anlage 2 zu Abschnitt B 2 der geltenden KFO-Richtlinie). Die Bestimmungen der Zuordnungen zu den kieferorthopädischen Indikationsgruppen wurden im Jahre 2002 erlassen. Zum 01.01.2004 wurde zusätzlich die Frühbehandlung in die KFO-Richtlinien eingeführt. Danach kann die Frühbehandlung ab dem 4. Lebensjahr beantragt werden. Zu diesem Zeitpunkt sind jedoch noch keine bleibenden Zähne vorhanden.

Die KZBV hat am 12.05.2006 eine Stellungnahme zur KFO-Frühbehandlung in Übereinstimmung mit den KFO-Referenten der KZVen, den KFO-Obergutachtern der KZBV, der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie und dem BDK zur Beteiligung von permanenten Molaren bei der Frühbehandlung eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses abgegeben. Danach gelte nach dem Grundsatz zur Indikation einer KFO-Behandlung im Milchgebiss auch bereits nach dem Wortlaut in Nr. 8 c der KFO-Richtlinien

- bei ausgeprägten skelettalen Dysgnathien,
- die zur Progredienz neigen,
- eine Wachstumshemmung zur Folge haben können
- oder deren erfolgreiche Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt erschwert bzw. unmöglich erscheint,

die Unterbrechung der Progredienz und Normalisierung von Form und Funktion bereits im Milchgebiss, auch ohne Vorhandensein der Sechsjahrmolaren. Insoweit gelten die Erläuterungen gem. Anlage 2 der KFO-Richtlinien zur Gruppe K, die die Beteiligung permanenter Seitenzähne am seitlichen Kreuzbiss verlangen, nur für die „normale“ KFO-Behandlung im späten Wechselgebiss gem. Nr. B 7 der KFO-Richtlinien.

**Anhang 3:
Gutachtenbegleitblätter (Musterformulare)**

Begleitblatt KFO Gutachten

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

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterlagen voll verwertbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 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"/> |

- | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 4. Einstufung 119/120 zutreffend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu niedrig..... <input type="checkbox"/> | | zu hoch..... <input type="checkbox"/> | |

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 5. Mehrfachpos. angemessen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu niedrig..... <input type="checkbox"/> | | zu hoch..... <input type="checkbox"/> | |

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 6. Laborkosten angemessen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu niedrig..... <input type="checkbox"/> | | zu hoch..... <input type="checkbox"/> | |

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Plan befürwortet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

<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			Formblatt KFO-Gutachten					
Name, Vorname des Versicherten						Stempel des Zahnarztes		
geb. am								
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status						
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	Name des Gutachters					
			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
1.	Fotos/Röntgen/Modelle				
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				
2.	Anamnese/Befund/Diagnose				
2.1	Anamnese-Angaben vollständig				
2.2	FRS-Auswertung vorhanden				
2.3	Diagnose vollständig				
3.	Therapieplanung				
3.1	Therapieplanung schlüssig				
3.2	Einstufung 119/120 zutreffend				

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

Gestaltung atelier wieneritsch

Titelfoto © erikdegraaf / www.fotosearch.de

3. Auflage, Köln, Juni 2014, aktualisiert am 01.07.2018