

**Richtlinien
des
Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen**

für die kieferorthopädische Behandlung

**in der Fassung vom 04. Juni 2003 und vom 24. September 2003
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 226 (S. 24 966) vom 03. Dezember 2003
in Kraft getreten am 1. Januar 2004**

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 Beißen, 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 prognen 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 kraniofacialer 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 entsprechender Gebietsarzt, z. B. für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, hinzugezogen werden.
11. Werkstoffe, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie schädliche Wirkungen haben, dürfen nicht verwendet werden. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig.

12. Kieferorthopädische Behandlungen erstrecken sich in der Regel über längere Zeiträume und schließen eine ausreichende Retentionsphase ein.

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

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

13. Diese Richtlinien treten am 01.01.2004 in Kraft.

Berlin, 04.06.2003 und

Köln, den 24.09.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

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