

# Kieferorthopädische Behandlung

---

## Normen

§ 29 SGB V

Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung vom 24.09.2003 , BAnz Nr. 226 (S. 24966) v. 03.12.2003  
Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.12.1988 zu § 29 SGB V

## Kurzinfo

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.

Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung ist vom Zahnarzt aufgrund der Erhebung und Auswertung von Befunden und Behandlungsunterlagen und ihrer diagnostischen Zusammenfassung persönlich und eigenverantwortlich eine Behandlungsplanung zu erarbeiten. Hierzu sind i.d.R. Gebissmodelle, verschiedene Röntgenaufnahmen der Kiefer, des Schädels und der Zähne sowie Profil- und Enface-Fotografien erforderlich. Der Vertragszahnarzt erhebt die Anamnese, stellt die Diagnose aus den Einzelbefunden einschließlich der Prognose und verfasst die Krankengeschichte. Aufgrund dieser Angaben wird die Therapie und Retention einschließlich der erforderlichen Geräte geplant. Sämtliche Therapien und insbesondere die i.R.v. Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen anfallenden zahnärztlichen Leistungen werden in einem KfO-Behandlungsplan aufgeführt. Die Ausgestaltung des kieferorthopädischen Behandlungsplans ist im Bundesmantelvertrag Zahnärzte geregelt.

Maßnahmen, die lediglich kosmetischen Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

### **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 3 bis 5 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.

Vor Beginn der Behandlung ist vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan zu erstellen. Diesen schickt der Kieferorthopäde in doppelter Ausführung zur Krankenkasse. Mit der Behandlung sollte erst nach Rücksendung des Behandlungsplanes an den Kieferorthopäden begonnen werden. Abweichungen vom zuvor festgelegten Behandlungsplan sind unschädlich, wenn sich herausstellt, dass die kieferorthopädische Maßnahme nach Behandlungsbeginn nicht zum Erfolg führen kann oder sich der Behandlungserfolg bereits vor Durchführung sämtlicher Behandlungsschritte einstellt ( BSG, 06.06.1991 - 3 RK 12/90 ). Das BSG hat in dieser Entscheidung zugleich hervorgehoben, dass ein dem Versicherten zuzurechnender Behandlungsabbruch den Rückzahlungsanspruch ausschließt, auch wenn dieser nicht schuldhaft war.

Die Kiefer- oder Zahnfehlstellungen werden durch Zahnregulierungsmittel (z.B. Zahnspangen) korrigiert. Kieferorthopädische Behandlungen erstrecken sich i.d.R. 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.

## Information

# Inhaltsübersicht

1. Allgemeines
2. Schwere Kieferanomalien
3. Retentionsphase
4. Abrechnung mit dem Kieferorthopäden
5. Erstattung des Versichertenanteils
6. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel

## 1. Allgemeines

Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung einen Anteil i.H.v. 20 % der Kosten an den Vertragszahnarzt. Dieser Anteil ist nicht für im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung zu erbringenden konservierend-chirurgischen Leistungen oder Röntgenleistungen zu erbringen. Bei erfolgreichem Behandlungsabschluss werden diese jedoch von der Krankenkassen erstattet (siehe unten - Erstattung des Versichertenanteils ).

Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gem. § 29 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 SGB V 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. Diese Indikationsgruppen (KIG) sind:

- kraniofaziale Anomalien,
- Zahnunterzahl,
- Durchbruchstörungen,
- transversale Abweichungen,
- Kontaktpunktabweichungen,
- Platzmangel.

Versicherte erhalten nach Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich keine kieferorthopädische Behandlung mehr. In Ausnahmefällen - bei schweren Kieferanomalien, die kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erforderlich machen - ist die Leistungspflicht der Krankenkasse jedoch gegeben.

Versicherte können sich nicht auf einen vor Vollendung des 18. Lebensjahres aufgestellten Behandlungsplan berufen, wenn die Behandlung erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat. Laut Bundessozialgericht ( BSG, 25.03.2003 - B 1 KR 17/01 R ) ist ein kieferorthopädischer Behandlungsplan nicht mehr als Behandlungsbeginn i.S.d. Vorschriften über die Altersgrenze zu werten, wenn die Behandlung ein oder mehrere Jahre danach tatsächlich noch nicht begonnen wurde. Auch die Antragstellung vor dem 18. Lebensjahr und das sich anschließende Verwaltungs- und Gerichtsverfahren führen nicht dazu, dass die Altersgrenze im Falle der Klägerin unbeachtet bleiben darf.

Der Gemeinsame Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung (zuletzt i.d.F. vom 04.06.2003 und vom 24.09.2003, veröffentlicht im BAnz. Nr. 226, S. 24966, in Kraft seit dem 01.01.2004) beschlossen, die eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung sichern sollen.

Diese Richtlinien legen u.a. Folgendes fest:

- Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen gem. § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung sichern.
- Maßnahmen, die lediglich kosmetischen Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
- 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.
- Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Zahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Arztes vornimmt.
- 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.
- Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, dass auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten die Richtlinien kennen und beachten.

Der behandelnde Kieferorthopäde soll die Krankenkasse unterrichten, wenn die Behandlung abgebrochen wird oder eine unzureichende Mitwirkung vorliegt (vgl. § 16 Abs. 4 BMV-Z ). Bei einer Leistungsbeschränkung oder -einstellung ist die Krankenkasse verpflichtet, dem Versicherten die Gelegenheit zur Anhörung nach § 24 SGB X zu geben.

Durch eine Vereinbarung über das Gutachtenverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen ( Anlage 6 zum BMV-Z ) wurden durch den GKV-Spitzenverband Einzelheiten zum Ablauf der vertragsärztlichen Versorgung geregelt.

Die Kieferorthopädie-Richtlinien haben insgesamt drei Anlagen:

- Anlage 1: Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG)
- Anlage 2: Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)
- Anlage 3: zu Abschnitt B. Nr. 4 der Kfo-Richtlinien (schwere Kieferanomalien)

Durch die Vereinbarung über das Gutachtenverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen ( Anlage 6 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte ) wurden durch den GKV-Spitzenverband Einzelheiten zum Ablauf der vertragsärztlichen Versorgung geregelt (siehe: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) ).

## 2. Schwere Kieferanomalien

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

Schwere Kieferanomalien - mit einem Leistungsanspruch auch nach vollendetem 18. Lebensjahr - liegen nach den Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung vor bei

- angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer (z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten),
- skelettalen Dysgnathien (z.B. Progenie, d.h. vorstehender Unterkiefer),
- 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.

## 3. Retentionsphase

Kieferorthopädische Behandlungen erstrecken sich i.d.R. über längere Zeiträume und schließen eine ausreichende Retentionsphase (Festigungsphase) 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. Der Zahnarzt hat danach den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.

#### **4. Abrechnung mit dem Kieferorthopäden**

Alle Kfo-Behandlungen werden als Sachleistung erbracht. Die Abrechnung erfolgt über die Kassenzahnärztliche Vereinigung. § 29 Abs. 3 SGB V enthält nähere Regelungen zur Abrechnung der kieferorthopädischen Behandlung des Vertragsarztes (Satz 1) bzw. zum gegen die zuständige Krankenkasse gerichteten Rückzahlungsanspruch der Versicherten nach Behandlungsabschluss (Satz 2).

Die Krankenkassen zahlen 80 % der vertraglichen Kosten der zahnärztlichen Behandlung einer Kieferfehlstellung oder Zahnfehlstellung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV), wenn das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt ist oder dies droht. Sind mehrere Kinder gleichzeitig in kieferorthopädischer Behandlung, zahlt die Krankenkasse für das zweite und jedes weitere Kind 90 % der notwendigen Kosten an die KZV, solange die Kinder gleichzeitig behandelt werden. Der erhöhte Erstattungssatz gilt für alle Quartale, in denen die Kinder gleichzeitig behandelt werden. Die Behandlung muss nicht während eines gesamten Quartals zeitgleich verlaufen; auch eine zeitweise gleichzeitige Behandlung führt zum erhöhten Erstattungssatz (vgl. Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 14./15.10.1992). Die Erhöhung auf 90 % gilt nur für Kinder unter 18 Jahren, wenn sie mit ihrem Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Als Sachleistungen werden die sog. Begleitleistungen (z.B. konservierend-chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen) von den Krankenkassen übernommen. Sofern der Versicherte eine kostenmäßig aufwändigere kieferorthopädische Behandlung, als sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist, wünscht, hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten für Honorar und zahntechnische Leistungen selbst zu tragen.

#### **5. Erstattung des Versichertenanteils**

Nach § 29 Abs. 3 Satz 2 SGB V zahlt die Krankenkasse den von den Versicherten an der kieferorthopädischen Behandlung geleisteten Anteil (20 % bzw. 10 %) zurück, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist. Hierfür ist vom Versicherten gegenüber der Krankenkasse ein entsprechender Nachweis in Form einer - ggf. formlosen - Bestätigung des Zahnarztes/Kieferorthopäden zu erbringen. Abweichungen vom zuvor festgelegten Behandlungsplan sind unschädlich, wenn sich herausstellt, dass die kieferorthopädische Maßnahme nach Behandlungsbeginn nicht zum Erfolg führen kann oder sich der Behandlungserfolg bereits vor Durchführung sämtlicher Behandlungsschritte einstellt ( BSG, 06.06.1991 - 3 RK 12/90 ). Das BSG hat in dieser Entscheidung zugleich hervorgehoben, dass ein dem Versicherten zuzurechnender Behandlungsabbruch den Rückzahlungsanspruch ausschließt, auch wenn dieser nicht schuldhaft war.

Bei Behandlungsabbruch besteht also kein Anspruch auf Erstattung des Eigenanteils. Dies gilt nicht, wenn das Ende der Behandlung unmöglich war ( GR vom 09.12.1988, zu § 29 SGB V, Pkt. 5 ).

Nach einem Besprechungsergebnis der Krankenkassen Spitzenverbände vom 22./23.01.2001 können in Abstimmung mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Maßnahmen zur Retention bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalendervierteljahres, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Bema -Z-Nummern 119, 120 geleistet worden ist, abgerechnet werden, längstens aber bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention. Der Zahnarzt/Kieferorthopäde hat danach den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.

Aufgrund eines Bundessozialgerichtsurteils ( BSG, 08.03.1995 - 1 RK 12/94 ) ist ehemaligen Versicherten der Eigenanteil an den Kosten der Kfo-Behandlung, der während der Dauer der Mitgliedschaft entstanden ist, auch dann durch die "frühere" Krankenkasse zu erstatten, wenn sie zum Zeitpunkt des ordnungsgemäßen Abschlusses der kieferorthopädischen Behandlung nicht mehr gesetzlich krankenversichert sind. Für die Erstattung des Eigenanteils ist die Krankenkasse zuständig, bei der der Versicherte zuletzt vor dem Ausscheiden aus der GKV Mitglied war. Zu erstatten ist dabei der während der Versicherungszeit in der GKV

angefallene Anteil.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben mit der KZBV eine Absprache getroffen, nach der der Versichertenanteil spätestens ein halbes Jahr nach Abschluss der aktiven kieferorthopädischen Behandlungsphase - also in der Retentionsphase - an den Versicherten zurückerstattet wird, sofern der Versicherte nicht vorher eine formlose Bestätigung über das Ende der kieferorthopädischen Behandlung vorlegt.

Sofern der Versicherte eine kostenmäßig aufwändigere kieferorthopädische Behandlung, als sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist, wünscht, hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten für Honorar und zahntechnische Leistungen selbst zu tragen.

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. Gegebenenfalls muss die Behandlung beendet werden.

## **6. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel**

Zur Frage der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel hat das Bundessozialgericht mit zwei Urteilen ( BSG, 20.11.2001 - B 1 KR 31/99 R und - B 1 KR 26/00 R ) klargestellt, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt.

Auch nach der o.g. BSG-Rechtsprechung halten die Krankenkassen-Spitzenverbände allerdings weiterhin an der Auffassung fest, dass die Quartalsabrechnungen (Abschlagszahlungen) jeweils von der Krankenkasse zu bezahlen sind, bei der am ersten Tag des Quartals, für das die Zahlung bestimmt ist, ein Versicherungsverhältnis (Leistungsanspruch) bestand. Wird die erste Abschlagszahlung in demselben Quartal fällig, in dem der kieferorthopädische Behandlungsplan aufgestellt wurde, so wird abweichend davon die Zahlung von der Krankenkasse geleistet, bei der am Tag der Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplans ein Versicherungsverhältnis - ggf. unter Berücksichtigung eines nachgehenden Leistungsanspruchs ( § 19 Abs. 2 SGB V ) - vorlag. Dies ergibt sich aus der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.10.2002 i.d.F. vom 22.09.2008 zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel. Erstattungsansprüche, die sich bei der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel ergeben, erfolgen auf der Grundlage des § 105 SGB X ; d.h. der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

Die Erstattung des vom Versicherten getragenen Anteils i.H.v. 20 % bzw. 10 % erfolgt - wie bisher - von der bei Abschluss der Kfo-Behandlung zuständigen Krankenkasse.

## **Wechsel von der PKV in die GKV**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind in der Besprechung vom 13./14.05.2003 der Auffassung, dass Versicherte, die eine privat Zahnärztliche Kfo-Behandlung zu einem Zeitpunkt begonnen haben, an dem sie nicht gesetzlich krankenversichert waren, gleichwohl aber zu diesem Zeitpunkt die nach §§ 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7 , 29 Abs. 1 und 4 SGB V i.V.m. den Kfo-Richtlinien definierten Voraussetzungen dem Grunde nach erfüllten, bei Eintritt in die GKV einen grundsätzlichen Anspruch auf Kfo-Behandlung zulasten der GKV haben, sofern die Behandlung von einem für diese Behandlung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wird.