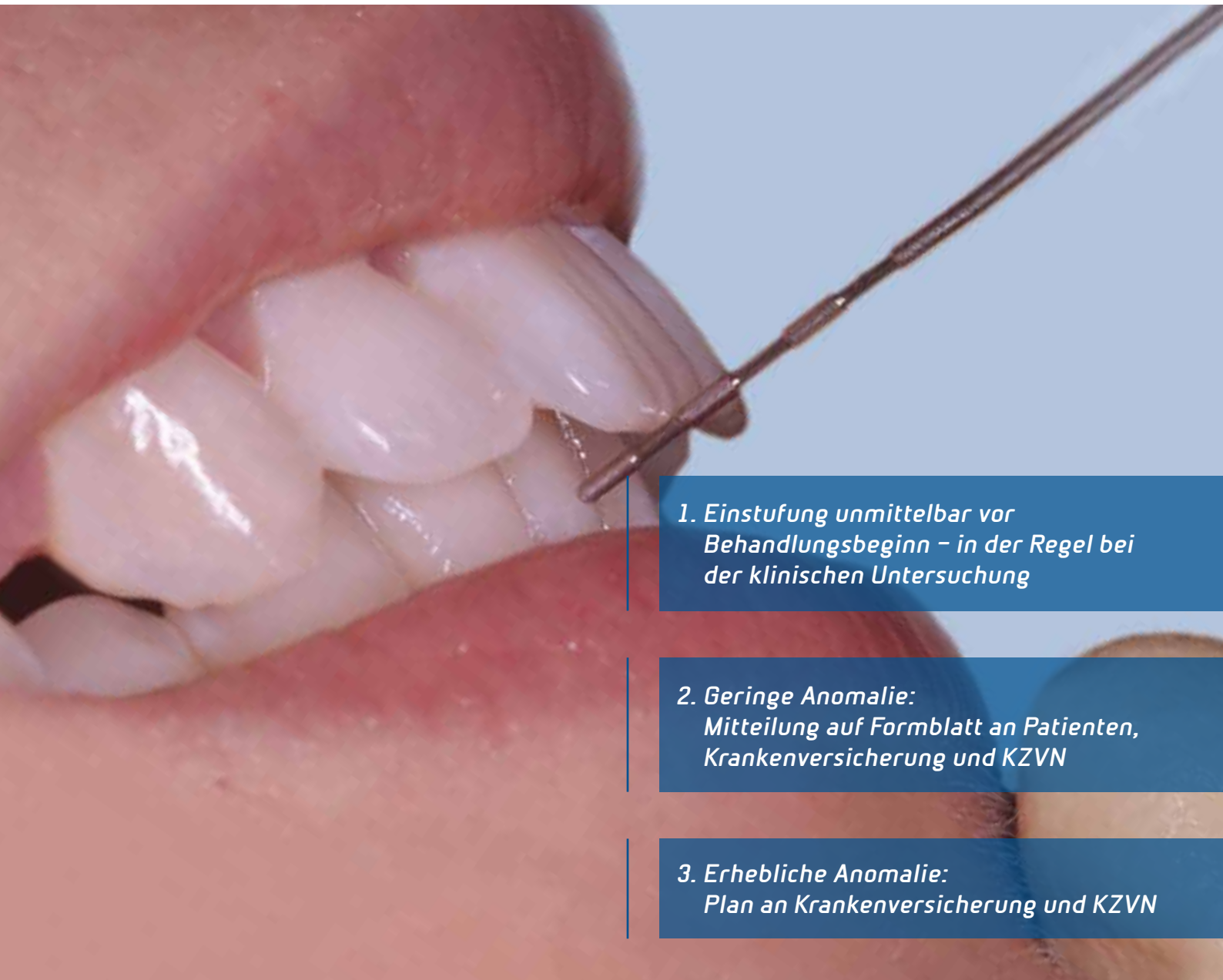


## *Das Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand kieferorthopädischer Indikationsgruppen*

Regelt die gesetzlich vorgeschriebene Grenze zwischen der Leistungspflicht der GKV und den nicht in der vertragszahnärztlichen Versorgung der GKV enthaltenen Anomalien.



*1. Einstufung unmittelbar vor  
Behandlungsbeginn – in der Regel bei  
der klinischen Untersuchung*

*2. Geringe Anomalie:  
Mitteilung auf Formblatt an Patienten,  
Krankenversicherung und KZVN*

*3. Erhebliche Anomalie:  
Plan an Krankenversicherung und KZVN*



Seite 2

*Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung*

Seite 7

*Anlage 1 der Richtlinien (KIG-Formular)*

Seite 8

*Anlage 2 mit den Kriterien zur Anwendung mit schematischen Erläuterungen*

Seite 13

*Überprüfung der KIG-Einstufung  
Vereinbarung zwischen KZBV und den Spitzenverbänden zur Auslegung der Anlage 2 zu Abschnitt B Nr. 2 geltenden KFO-Richtlinien*

## **Leistungspflicht der GKV auf einen Blick:**

### **Frühbehandlung**

Beginn nicht vor dem 4. Lebensjahr (max. 6 Kalenderquartale) bei KIG D5; K3 oder K4; B4; progner Zwangsbiss mit M4, M5 oder bei P3; P4.

### **Frühe Behandlung**

(Richtlinie B8; Abs. d) wenn KIG O5; Progenie mit M4; M5 oder bei verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

### **Hauptbehandlung**

Nicht vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss); siehe Richtlinien B7; nach KIG muss der Behandlungsbedarfsgrad 3 bis 5 erreicht sein.

### **Spätbehandlung**

Auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres bei Kombinationsbehandlungen mit Dysgnathieoperation; es ist ein abgestimmtes kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Konzept vorzulegen. Bei KIG A5, D4, M4; O5, B4 oder K4 (siehe § 28 SGB V und Richtlinien B4).

## Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung



### 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.

## Vertragszahnärztliche Behandlung

**1.** Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die kieferorthopädische Behandlung, wenn durch 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.

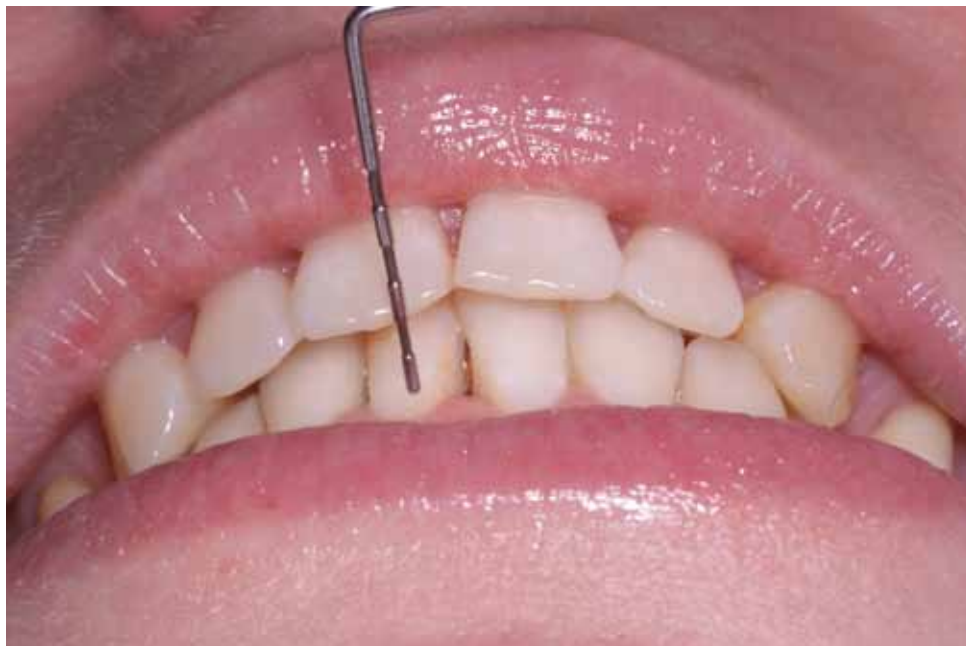
## 6.

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.

\* Ein spätes Wechselgebiss liegt nicht vor, wenn ein bleibender Zahn in der Stützzone nach frühzeitigem Milchzahnverlust vorzeitig durchgebrochen ist.



## 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 oder P 4.\* 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 skelettalen 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.

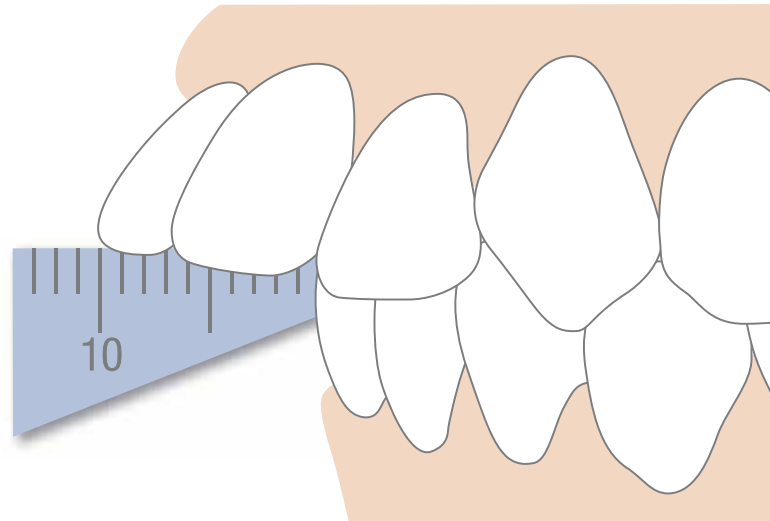
## 10.

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.

\* Eingefügt durch Vereinbarung vom 06.06.2006 zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.



## 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

### **Konkretisierung der Richtlinien Kieferorthopädie vom 06.06.2006**

Zur Konkretisierung der KIG-Gruppen vereinbarten die Bundesmantelvertragspartner eine gemeinsame Auslegung zur Anwendung der Anlage 2 zu Abschnitt B Nr. 2 der KFO-Richtlinien zu den folgenden KIG-Gruppen: T3; E; P.

# KIG: Anlage 1 der Richtlinien (KIG-Formular)

zu Abschnitt B Nr. 3 der KFO-Richtlinien in der Fassung der Vereinbarung zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 06.06.2006

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

Behandlungsbedarf	Grad	1	2	3	4	5
Kraniofaciale Anomalien	A					Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bzw. andere kraniofaciale Anomalie
Zahnunterzahl (Aplasie oder Zahnverlust)	U				Unterzahl (nur wenn präprothetische Kieferorthopädie oder kieferorthopädischer Lückenschluss indiziert)	
Durchbruchsstörungen	S				Retention (außer 8er)	Verlagerung (außer 8er)
sagittale Stufe: distal	D	bis 3 mm	über 3 bis 6 mm		über 6 bis 9 mm	über 9 mm *
sagittale Stufe: mesial	M				o bis 3 mm	über 3 mm
vertikale Stufe offen (auch seitlich)	O	bis 1 mm	über 1 bis 2 mm	über 2 bis 4 mm	über 4 mm habituell offen	über 4 mm skelettal offen
vertikale Stufe tief	T	über 1 bis 3 mm	über 1 bis 3 mm	über 3 mm mit traumatischem Einbiss und gingivaler Rezession oder sichtbarer Schädigung des Parodontiums *		
Transversale Abweichung	B				Bukkal-/Lingual-okklusion	
	K		Kopfbiss	beidseitiger Kreuzbiss	einseitiger Kreuzbiss	
Kontaktpunktabweichung eines Incisivi vom idealen Zahnbogen *	E	unter 1 mm	über 1 bis 3 mm	über 3 bis 5 mm	über 5 mm	
Platzmangel (distal der Incisivi) *	P		bis 3 mm	über 3 bis 4 mm	über 4 mm	

\* Eingefügt durch Vereinbarung vom 06.06.2006 zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.



# KIG: Anlage 2

zu Abschnitt B Nr. 2 der KFO-Richtlinien (Beschluss vom 17.8.2001 in der Fassung der Vereinbarung zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 06.06.2006)

## 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.

### 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.

### Erläuterungen zu den Gruppen:

#### A Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bzw. andere kraniofaziale Anomalie

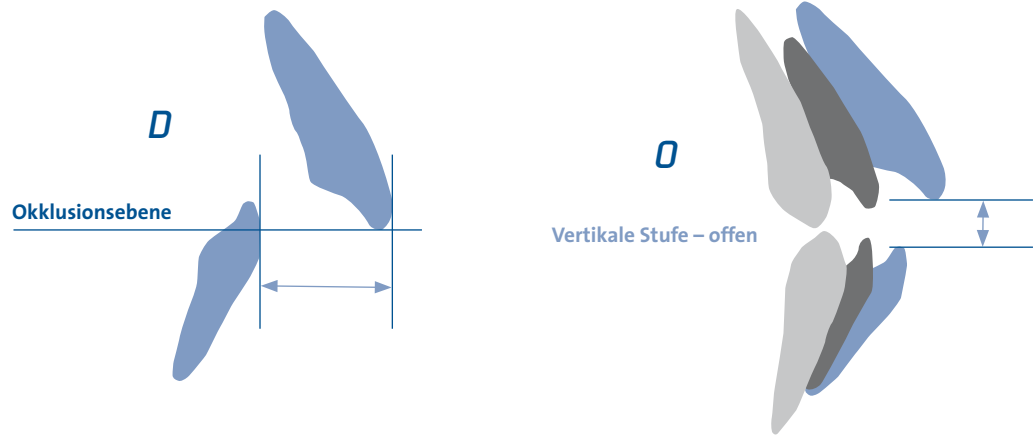
Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und syndromale Erkrankungen mit kraniofazialen Anomalien [z.B. Dysostosis cranio-facialis (Crouzon), Dysostosis cleido-cranialis (Marie-Sainton), Hemiatrophia faciei, Dysostosis mandibulo-facialis (Franceschetti)] führen in der Regel zu ausgeprägten Hemmungsmisbildungen bzw. 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.



**Achtung:** Die schematischen Darstellungen mit der Kennzeichnung D,O,B, E und P sind unbedingt zu beachten.

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 ortho-radial von der Labialfläche des am weitesten vorstehenden oberen Schneidezahnes zur Labialfläche seines Antagonisten (vgl. Skizze D/Kommentar auf S. 14)

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

## O Vertikale Stufe - offen (auch seitlich)

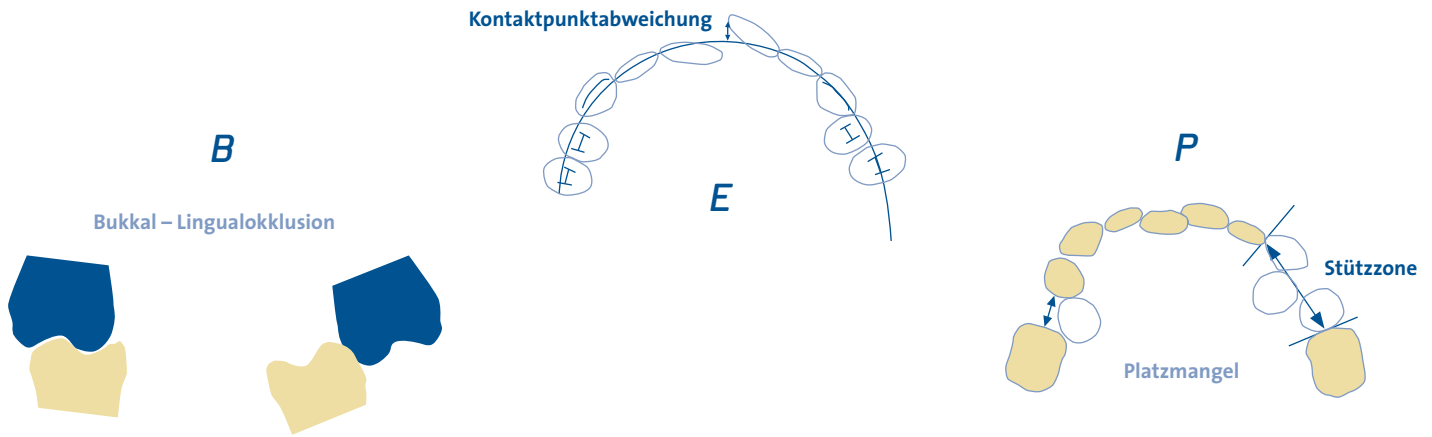
Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dental und skelettal offenem Biss. Gemessen wird der größte Abstand der Schneidekanten bzw. Höckerspitzen voll durchgebrochener Zähne.

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.



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

### **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 oder lingual 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-Höckerkontakt permanenter Seitenzähne (Kopfbiss) wird der Gruppe K, Grad 2 zugeordnet.

### **E** **Kontaktpunktabweichung, Engstand der Incisivi**

Ein Fall ist in die Gruppe E einzuordnen, wenn ein Engstand in der Front vorliegt. Für die Messung nach Gruppe E ist das Ausmaß von Abweichungen einzelner permanenter Incisivi vom idealen Zahnbogen ausschlaggebend. Erläuterung: Gemessen wird die Strecke Kontaktpunkte der Incisivi zur idealen Zahnbogenlinie.\*

Kontaktpunktabweichungen werden grundsätzlich in der Horizontalebene gemessen, d. h. die Approximalkontakte werden in diese Ebene projiziert. Dies gilt für alle Formen: Zahnhoch- und/oder Außenstände, Rotationen oder Engstände. Infra- bzw. Supraokklusionen rechtfertigen keine Zuordnung zur Gruppe E.

### **P** **Platzmangel**

Handelt es sich um einen Platzmangel distal der seitlichen Schneidezähne, erfolgt die Zuordnung zur Gruppe P. 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 » Seite 11.]

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 (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich korrekt und ohne behandlungsbedürftige Restlücke in den Zahnbogen einstellt.

\* Eingefügt durch Vereinbarung vom 06.06.2006 zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.



Sollwerte nach Moyers für die oberen und unteren Stütz-  
zonen in Abhängigkeit von der Breitensumme der unteren  
Inzisivi (75 %) in mm bei Mädchen(w) und Jungen(m)

Breitensumme	Stützzone		Stützzone	
	Oberkiefer		Unterkiefer	
32–42	w.	m.	w.	m.
19,5	20,4	20,3	19,6	20,4
20,0	20,5	20,5	19,8	20,6
20,5	20,5	20,5	20,1	20,8
21,0	20,5	20,5	20,3	21,0
21,5	20,9	21,3	20,6	21,2
22,0	21,0	21,5	20,8	21,4
22,5	21,2	21,8	21,1	21,6
23,0	21,3	22,0	21,3	21,9
23,5	21,5	22,3	21,6	22,1
24,0	21,6	22,5	21,9	22,3
24,5	21,8	22,8	22,1	22,5
25,0	21,9	23,0	22,4	22,8
25,5	22,1	23,3	22,7	23,0

## Behandlungsbedarfsgrade und Vordrucke

Das KIG-System sieht eine Einteilung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen in fünf Behandlungsbedarfsgrade vor, die nach dem klinischen Befund und dem Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit unterschieden werden.

Eine Leistungspflicht der Krankenversicherung besteht bei Vorliegen der Grade 5, 4 und 3.

Keine Leistungspflicht der Krankenversicherung besteht bei Vorliegen der Grade 2 und 1.

Ob die kieferorthopädische Behandlung bei Grad 1 oder 2 durchgeführt werden soll, ist zwischen Patient resp. den Erziehungsberechtigten der Patienten und dem Zahnarzt zu klären. In diesem Fall ist ein privater Behandlungsvertrag zu schließen.

Die klinische Untersuchung – und ggf. in Ausnahmefällen die diagnostischen Leistungen zur Überprüfung der Behandlungsbedürftigkeit – sind Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung und daher nach dem Bema (in der Regel Nr. 01 K) abzurechnen.

Bei Fehlstellungen der Grade 5, 4 oder 3 wird ein GKV-Behandlungsplan erstellt, in dem das Ergebnis der Untersuchung (Indikationsgruppe, Behandlungsbedarfsgrad) einzutragen ist. Der Kfo-Behandlungsplan ist den Krankenkassen nach dem bisher vertraglich vereinbarten Verfahren zur Entscheidung über die Kostenübernahme vorzulegen.

Die KZVN erhält eine Ausfertigung des Behandlungsplanes (Anlage 6 § 1 Absatz 1 bzw. Absatz 2 BMV-Z).

Wird festgestellt, dass eine kieferorthopädische Behandlung nach dem KIG-System zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, geht eine Behandlung einschließlich einer eventuellen Verlängerung oder einer Therapieänderung bis zum Ende der Behandlung zu Lasten der Krankenkasse. Das KIG-System findet also bei Verlängerungsanträgen und Therapieänderungen keine Anwendung.

Bei Fehlstellungen der Grade 2 oder 1 teilt der Zahnarzt dies dem Patienten schriftlich mit (siehe unten). Hierbei ist das Ergebnis der Untersuchung (Indikationsgruppe, Behandlungsbedarfsgrad) ebenfalls zu vermerken. Die Krankenkasse und die KZVN erhalten jeweils eine Ausfertigung dieser Mitteilung (Anlage 6 § 1 Absatz 1 bzw. Absatz 2 BMV-Z).

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

- KFO-Behandlungsplan**
- KFO-Therapieänderung**
- KFO-Verlängerungsantrag**

Behandlungs-  
beginn Quartal      Beginn der  
Verlängerung Quartal      Voraussichtliche  
Dauer Quartale

\_\_\_\_\_

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

**Anamnese**

**Diagnose**

**OK**

**UK**

**Bisslage**

**Therapie**      **Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c)**

**Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d)**

**OK**

**UK**

**Bisslage**

**Verwend. Geräte**

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

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.
<b>OK 119</b>							
<b>UK 119</b>							
<b>120</b>					X		

**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 be-   
 steht ab Quartal \_\_\_\_\_



Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)

### Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sehr geehrte/r \_\_\_\_\_ ,

nach § 29 Sozialgesetzbuch, V. Buch haben Versicherte Anspruch auf Übernahme von 80 bzw. 90 v. H. der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkassen zu bejahen ist.

Die klinische Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, für die Ihre Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Bei Ihrem Kind habe ich den Behandlungsbedarfsgrad ...../..... gemäß der Kieferorthopädie-Richtlinien festgestellt. Ihre Krankenkasse darf Kosten erst ab Grad „3“ übernehmen. Eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse darf daher nicht erfolgen. Sollten Sie sich dennoch zu einer Behandlung entschließen, müssten Sie die Kosten selbst tragen.

Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (*Ort, Strasse*) erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

# KIG: Überprüfung

## der KIG-Einstufung

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

Ist der Beginn einer kieferorthopädische Behandlung indiziert, wird die KZVN und die Krankenkasse – entweder im Behandlungsfall oder in der Mitteilung an den Patienten nach § 29 SGB V – über das Ergebnis der klinischen Untersuchung unterrichtet.

Die Krankenkasse kann sowohl den Plan als auch die KIG-Einstufung gutachterlich prüfen lassen.

Protokoll der Referententagung vom 30.11.2001:  
Wird festgestellt, dass die KIG-Einstufung keine Behandlung zu Lasten der GKV auslöst, muss eine Bescheinigung nach § 29 Abs. 1 SGB V an die Krankenversicherung übersandt werden.

Leitet die Krankenversicherung daraufhin innerhalb von ca. vier Wochen ein Gutachterverfahren ein, kann ein diagnostisches Modellpaar und ggf. ein OPG (Röntgenübersichtsaufnahme aller Zähne) für den Gutachter erstellt werden.

Hinweis: Pos. 7a für den Abdruck zuzüglich der Laborkosten in Zusammenhang mit der Modellerstellung und Pos. 117 sind zu Lasten der GKV abrechenbar.

### Kommentar

Der KIG ist am 01.01.2002 in Kraft getreten, die Kieferorthopädie hat sich inzwischen weiterentwickelt. Um die Aufgabe des Gesetzgebers zu erfüllen bedarf es einer Erweiterung der Kommentierung.

### Röntgenaufnahme der Hand

Mit Hinweis auf die Röntgenverordnung ist die Indikation für eine HWA sehr eng zu stellen, so nur bei Bestimmung des Zeitpunktes für eine Dysgnathieoperation oder zur Abschätzung ob eine Bissverlagerung mit herausnehmbaren Geräten noch möglich ist. Die HWA hat keinen Platz in der Standarddiagnostik.

### KIG-Gruppe D

Die Messung der sagittalen Frontzahnstufe erfolgt in habitueller Okklusion in der Horizontalebene und von der Labialfläche des am weitesten vorstehenden oberen Schneidezahnes **orthoaxial** auf die Labialfläche des an dieser Stelle stehenden unteren Antagonisten.

Bei Erwachsenen führt die KIG-Einstufung D4, D5 nur dann zur Vertragsbehandlung, wenn zwingend eine chirurgische Bissverlagerung erforderlich ist, nicht wenn durch Herbst-Scharnier oder ähnlichem oder durch dentoalveolären Ausgleich mit Extraktion von Seitenzähnen die Stufe beseitigt werden kann.

### KIG-Gruppe U

Durch den Fortschritt in der Kieferorthopädie ist es möglich geworden, mit zusätzlichen Hilfsmitteln zur Verankerung, wie kortikale Verankerung Lücken zu schließen und Zähne aufzurichten. Als die verbindlichen Regelungen der KIG beschrieben wurden, waren diese Behandlungsaufgaben kieferorthopädisch nur schwer zu lösen. Wenn diese Hilfsmittel zum Lückenschluss oder zur Aufrichtung von Zähnen angewandt werden, wird KIG U4 nicht erfüllt.

### Zeitpunkt der KIG-Ausgrenzung/Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V

Die Bewertung und Zuordnung zu den KIG-Gruppen erfolgt unmittelbar vor Behandlungsbeginn.

Eine Ausgrenzung und Mitteilung erfolgt im Rahmen der klinischen Untersuchung, wenn aus fachlicher Sicht und dentalem bzw. skelletalem Alter eine Hauptbehandlung möglich und indiziert wäre. Sie ist auch zu schreiben, wenn nach einer Ausgrenzung keine private Behandlung vom Patienten gewünscht wird.

Eine Mitteilung entfällt, wenn mit einer Kfo-Behandlung noch abzuwarten ist, bis der Patient sich in der 2. Phase des Zahnwechsels befindet, oder ein günstigeres Moment des Behandlungsbeginns abgewartet werden soll.

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen  
Zeißstraße 11  
30519 Hannover  
Telefon 0511 8405-0  
Telefax 0511 8405-300  
E-Mail: [info@kzvn.de](mailto:info@kzvn.de)  
Internet: [www.kzvn.de](http://www.kzvn.de)

### **Autoren**

Dr. Heinz Möhrke, *Vorstandsreferent*  
*für Kieferorthopädie der KZVN*  
Dr. Franz-Josef Höne

### **Fotos**

NZB-Archiv

### **Gestaltung**

Simone Schmidt, grafik.design

Januar 2012

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und  
Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung  
vom 1. Januar 2004 und Konkretisierung der Richtlinien  
Kieferorthopädie vom 6. Juni 2006.



Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Niedersachsen