



Richtlinien des Gemeinsamer Bundesausschusses gemäß § 91 Abs. 6 SGB V für die vertragszahnärztliche Versorgung

**Diese Version stellt keine amtliche
Ausgabe der Richtlinien dar.
Stand: September 2010**

KZBV

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (früher Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen)

- | | |
|----------------|--|
| 3-24 | 1. für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) |
| Seite | |
| 25-30 | 2. über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) |
| Seite | |
| 31-33 | 3. über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V) |
| Seite | |
| 34-41 | 4. für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen |
| Seite | |
| 42-75 | 4A. zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinien) |
| Seite | |
| 76-87 | 5. für die kieferorthopädische Behandlung |
| Seite | |
| 88 | 6. über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die Überprüfung erbrachter vertragszahnärztlicher Leistungen |
| Seite | |
| 89-104 | 7. über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien Zahnärzte) |
| Seite | |
| 105-109 | 8. über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung) |
| Seite | |

1.

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) vom 04. Juni 2003 und vom 24. September 2003 in der ab 18. Juni 2006 gültigen Fassung

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**A. Allgemeines**

1. Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sichern die Maßnahmen, die im Sinne der §§ 2, 12 Abs. 1 und 70 SGB V Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung der Versicherten bieten sowie eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt berücksichtigende Versorgung der Versicherten gewährleisten. Sie sind auf eine ursachengerechte, zahnschutzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung ausgerichtet. Die Richtlinien sind auch Kriterien im Sinne von § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

Die Abrechenbarkeit der in diesen Richtlinien beschriebenen Maßnahmen regeln die Vertragspartner gemäß § 87 SGB V.

2. Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst die Maßnahmen, die geeignet sind, Krankheiten der Zähne, des Mundes und der Kiefer nach dem wissenschaftlich anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu verhüten, zu heilen, durch diese Krankheiten verursachte Beschwerden zu lindern oder Verschlimmerungen abzuwenden, soweit diese Maßnahmen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an der Krankenbehandlung dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

Ob die Behandlung zum Erfolg führt, ist auch von der aktiven Mitwirkung des Patienten abhängig; deswegen soll der Zahnarzt (Vertragszahnarzt) den Patienten auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Mundhygiene hinweisen.

Außerdem soll der Zahnarzt den Patienten darauf hinweisen, dass eine zahnärztliche Behandlung einer entsprechenden Mitarbeit des Patienten bedarf. Einzelheiten über die erforderliche Mitarbeit des Patienten werden für die einzelnen Behandlungsbereiche in den Richtlinien näher beschrieben.

3. Maßnahmen, die lediglich kosmetischen Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
4. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen. Der Zahnarzt hat auf eine zweckmäßige Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebrauchten Mittel der Krankenversicherung zu achten. Das Maß des medizinisch Notwendigen darf nicht überschritten werden. Die diagnostischen Maßnahmen und die Therapie haben dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu entsprechen.
5. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Zahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Arztes vornimmt.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

6. Bei der vertragszahnärztlichen Versorgung sind Maßnahmen der Praxishygiene und des Infektionsschutzes von Patienten, Personal und Zahnärzten sorgfältig zu beachten.
7. Es sollen nur Untersuchungs- oder Heilmethoden angewandt werden, deren diagnostischer und therapeutischer Wert ausreichend gesichert ist. Die Erprobung solcher Methoden auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.
8. Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, dass auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**B. Vertragszahnärztliche Behandlung****I. Befunderhebung und Diagnose einschließlich Dokumentation**

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören die Befunderhebung und Diagnose sowie ihre Dokumentation. Inhalt und Umfang der diagnostischen Maßnahmen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.

Die zahnärztlichen Maßnahmen beginnen mit Ausnahme von Akut- oder Notfällen grundsätzlich mit der Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Diese Untersuchung soll in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Sie umfasst diagnostische Maßnahmen um festzustellen, ob ein pathologischer Befund vorliegt, oder ob weitere diagnostische, präventive und/oder therapeutische Interventionen angezeigt sind.

Bei der Untersuchung sollen die klinisch notwendigen Befunde erhoben werden. Sie umfasst auch ggf. die Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI). Bei Code 1 und 2 liegt eine Gingivitis, bei Code 3 und 4 eine Parodontitis vor.

II. Röntgendiagnostik

1. Die Röntgenuntersuchung gehört zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn die klinische Untersuchung für eine Diagnose nicht ausreicht oder bestimmte Behandlungsschritte dies erfordern.
2. Röntgenuntersuchungen dürfen nur durchgeführt werden, wenn dies aus zahnärztlicher Indikation geboten ist. Dies kann auch der Fall sein zur Früherkennung von Zahnerkrankungen, z. B., wenn der Verdacht auf Approximalkaries besteht, die klinisch nicht erkennbar ist.
3. Vor Röntgenuntersuchungen ist stets abzuwägen, ob ihr gesundheitlicher Nutzen das Strahlenrisiko überwiegt. Die Strahlenexposition ist auf das notwendige Maß zu beschränken. Bei Röntgenuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen ist ein besonders strenger Indikationsmaßstab zu Grunde zu legen.
4. Bei neuen Patienten oder bei Überweisungen sollen nach Möglichkeit Röntgenaufnahmen, die von vorbehandelnden Zahnärzten im zeitlichen Zusammenhang angefertigt worden sind, beschafft werden. Diese Röntgenaufnahmen sollen vom nachbehandelnden Zahnarzt in Diagnose und Therapie einbezogen werden.
5. Für Röntgenuntersuchungen findet die Röntgenverordnung Anwendung. Das gilt auch für die Aufzeichnungspflicht.

III. Konservierende Behandlung

1. Die Vorbeugung und Behandlung der Gingivitis, Parodontitis und Karies bei Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, umfasst insbesondere die Anleitung des Patienten zu effektiver Mundhygiene und Hinweise zur Reduktion von Risikofaktoren sowie ggf. die Entfernung harter Beläge und iatrogener Reizfaktoren.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

2. Die konservierende Behandlung sollte ursachengerecht, zahnsubstanzschonend und präventionsorientiert erfolgen. Jeder Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, soll erhalten werden. Jeder kariöse Defekt an einem solchen Zahn soll behandelt werden. Dabei soll die gesunde natürliche Zahnhartsubstanz soweit wie möglich erhalten bleiben. Die Regelungen zur endodontischen Behandlung in Nummer 9 dieser Richtlinien sind zu beachten.
3. Die konservierende Behandlung der Zähne soll so erfolgen, dass
 - a) die Kavitäten unter Beachtung der Substanzschonung präpariert werden,
 - b) die Karies vollständig entfernt wird,
 - c) notwendige Maßnahmen zum Pulpenschutz durchgeführt werden,
 - d) Form und Funktion der Zähne wiederhergestellt werden,
 - e) die Füllungsflächen geglättet werden.
4. Es sollen nur anerkannte und erprobte plastische Füllungsmaterialien gemäß ihrer medizinischen Indikation verwendet werden. Die aktuellen Gebrauchs- und Fachinformationen und Aufbereitungsmonographien sollen berücksichtigt werden.
5. Alle nach Nummer 4 indizierten plastischen Füllungen sind auch im Seitenzahnbereich im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erbringen. Adhäsiv befestigte Füllungen im Seitenzahngebiet sind nur in Ausnahmefällen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Im Frontzahnbereich sind in der Regel adhäsiv befestigte Füllungen das Mittel der Wahl.

Mehrfarbertechnik im Sinne einer ästhetischen Optimierung ist nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.
6. Zur form- und funktionsgerechten Füllungsgestaltung sind gegebenenfalls geeignete Hilfsmittel anzuwenden (wie z. B. Matrizen/Keile).
7. Das Legen einer Einlagefüllung, ebenso die gegebenenfalls im Zusammenhang mit der Herstellung und Eingliederung erbrachte Anästhesie oder durchgeführten besonderen Maßnahmen sind nicht Bestandteile der vertragszahnärztlichen Versorgung, wohl aber eine vorausgegangene Behandlung des Zahnes.
8. In der konservierenden Behandlung hat die Erhaltung der vitalen Pulpa Vorrang. Bei Erhaltung der Zähne durch Methoden der Pulpaüberkappung und Wurzelkanalbehandlung soll in angemessenen Zeitabständen eine klinische und ggf. eine Sensibilitätsprüfung- bzw. röntgenologische Kontrolle des Heilerfolges durchgeführt werden.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

9. Zähne mit Erkrankungen oder traumatischen Schädigungen der Pulpa sowie Zähne mit nekrotischem Zahnmark können in der Regel durch endodontische Maßnahmen erhalten werden.

Die Wurzelkanalbehandlung von Molaren ist in der Regel angezeigt, wenn

- damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freundsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

9.1 Für alle endodontischen Maßnahmen gilt insbesondere:

- a) Eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist nur dann angezeigt, wenn die Aufbereitbarkeit und Möglichkeit der Füllung des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze gegeben sind.
 - b) Medikamentöse Einlagen sind unterstützende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs; sie sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.
 - c) Es sollen biologisch verträgliche, erprobte, dauerhafte, randständige und röntgenpositive Wurzelfüllmaterialien verwendet werden.
 - d) Die Wurzelkanalfüllung soll das Kanallumen vollständig ausfüllen.
 - e) Begleitende Röntgenuntersuchungen (diagnostische Aufnahmen, Messaufnahmen, Kontrollaufnahmen) sind unter Beachtung der Strahlenschutzbestimmungen abrechenbar.
- 9.2 Eine Vitalamputation (Pulpotomie) ist nur bei Kindern und Jugendlichen angezeigt. Bei Milchzähnen mit Pulpitis oder Nekrose des Pulpengewebes kann eine Pulpektomie und Wurzelkanalbehandlung angezeigt sein.
- 9.3 Bei einer Nekrose des Pulpengewebes muss die massive bakterielle Infektion des Wurzelkanalsystems beseitigt werden. Nach der Entfernung des infizierten Pulpagewebes sollen die Wurzelkanäle mechanisch-chemisch ausreichend aufbereitet, desinfiziert und bis zur apikalen Konstriktion gefüllt werden.
- 9.4 Bei pulpentoten Zähnen mit im Röntgenbild diagnostizierter pathologischer Veränderung an der Wurzelspitze ist bei der Prognose kritisch zu überprüfen, ob der Versuch der Erhaltung des Zahnes durch konservierende oder konservierend-chirurgische Behandlung unternommen wird.

Für die Therapie von Zähnen mit Wurzelkanalfüllungen und apikaler Veränderung sind primär chirurgische Maßnahmen angezeigt.

Lediglich bei im Röntgenbild erkennbaren nicht randständigen oder undichten Wurzelkanalfüllungen ist die Revision in der Regel angezeigt, wenn damit

- eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freundsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

- 9.5 Bei kombinierten parodontalen und endodontischen Läsionen ist die Erhaltung der Zähne im Hinblick auf die parodontale und endodontische Prognose kritisch zu prüfen.
10. In der Regel ist die Entfernung eines Zahnes angezeigt, wenn er nach den in diesen Richtlinien beschriebenen Kriterien nicht erhaltungsfähig ist. Ein Zahn, der nach diesen Richtlinien nicht erhaltungswürdig ist, soll entfernt werden. Eine andere Behandlung von nicht erhaltungswürdigen Zähnen ist kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.
11. Die Milchzähne sollen durch eine konservierende Behandlung erhalten werden, damit die Kaufähigkeit des kindlichen Gebisses bewahrt und eine Fehlentwicklung des bleibenden Gebisses verhütet wird.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**IV. Chirurgische Behandlung**

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören
 - a) das Entfernen von Zähnen oder deren Wurzeln,
 - b) chirurgische Eingriffe bei Mund- und Kieferkrankheiten, wenn die Heilung durch andere Maßnahmen voraussichtlich nicht oder nicht so schnell zu erreichen ist.
2. Beim Entfernen von Zähnen und anderen chirurgischen Eingriffen im Mund- und Kieferbereich soll die Vorgehensweise gewählt werden, die
 - a) eine schnelle Wundheilung erwarten lässt,
 - b) Schleimhaut und Knochenverhältnisse soweit wie möglich erhält,
 - c) günstige Voraussetzungen schafft für eine spätere prothetische Versorgung.
3. Die Notwendigkeit zur Zahnextraktion ergibt sich aus Befund und Diagnose. Die Zahnextraktion kann angezeigt sein bei
 - a) umfangreicher kariöser Zerstörung eines Zahnes,
 - b) fortgeschrittener Parodontalerkrankung,
 - c) Erkrankungen der Pulpa und des apikalen Parodontiums, die einer endodontischen und chirurgischen Therapie nicht zugänglich sind,
 - d) traumatischen Zahnfrakturen,
 - e) fehlstehenden, verlagerten oder impaktierten Zähnen sowie bei kieferorthopädischer Indikation,
 - f) schlechter Prognose anderer Maßnahmen
 - g) oder wenn wichtige medizinische Gründe eine zwingende Rechtfertigung dafür liefern, eine bestehende oder potentielle orale Infektionsquelle zu beseitigen.
4. Eine Wurzelspitzenresektion ist insbesondere indiziert
 - a) wenn das Wurzelkanalsystem durch andere Verfahren nicht ausreichend zu behandeln ist,
 - b) wenn ein periapikaler Krankheitsprozess besteht, der einer konservierenden Therapie nicht zugänglich ist,
 - c) bei Wurzelfrakturen im apikalen Drittel oder aktiver Wurzelresorption.

Die Wurzelspitzenresektion von Molaren ist in der Regel angezeigt, wenn

- damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freundsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

5. Die Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes ist nur in begründeten Ausnahmefällen zum Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe angezeigt und/oder zum Erhalt einer bestehenden prothetischen Versorgung.
6. Bei der chirurgischen Behandlung im Oberkiefer wird der Schmerz durch Infiltrationsanästhesie ausgeschaltet, bei größeren Eingriffen oder bei entzündlichen Prozessen sowie bei der chirurgischen Behandlung im Unterkiefer durch Leitungsanästhesie. Die Infiltrationsanästhesie ist neben der Leitungsanästhesie in der Regel nicht angezeigt. Dies gilt nicht bei der Parodontalbehandlung.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**Protokollnotiz:**

Der Bundesausschuss stellt fest:

„Eine zentrale Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung gehört dann zur Leistungspflicht der GKV, wenn im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die Leistung ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen.“

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**V. Systematische Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung)**

1. Grundlagen, Ziel der Behandlung und Indikationen

Das Parodontium umfasst Gingiva, Wurzelzement, Desmodont und Alveolarknochen. Es verankert den Zahn im Kieferknochen und bildet dadurch mit dem Zahn eine Funktionseinheit. Entzündliche Erkrankungen des Parodontiums, die mit Attachmentverlust einhergehen, werden als Parodontitiden bezeichnet. Parodontitiden sind multifaktorielle Erkrankungen. Sie werden durch parodontopathogene Mikroorganismen verursacht. Ihre Progredienz wird durch endogene und exogene Risikofaktoren beeinflusst. Das Ziel der Behandlung von Parodontitiden ist, entzündliche Erscheinungen zum Abklingen zu bringen, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und einem weiteren Alveolarknochenverlust und damit Zahnverlust vorzubeugen.

Regelmäßige Voraussetzung für die durchzuführende Parodontitistherapie ist das Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren sowie die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene.

Bei der Parodontitistherapie ist es unverzichtbar, die Wurzeloberflächen zu reinigen und Mikroorganismen aus parodontalen Taschen zu entfernen.

Zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren wird bei Patienten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, auf ärztliche Behandlung verwiesen und Rauchern geraten, den Tabakkonsum einzustellen oder ihn einzuschränken. Konservierend-chirurgische Maßnahmen sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen.

Die systematische Parodontitistherapie kann umfassen:

- geschlossenes Vorgehen
- offenes Vorgehen
- antibiotische Therapie
- Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges nach Maßgabe von Nr. 7

Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, wenn ein Parodontaler Screening-Index (PSI)-Wert von Code 3 oder 4 (Anlage) erhoben wird oder wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt:

- Chronische Parodontitis
- Aggressive Parodontitis
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen
- nekrotisierende Parodontalerkrankungen
- Parodontalabszess
- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
- folgende entwicklungsbedingte oder erworbene Deformitäten oder Zustände:
 - Gingivale Vergrößerungen
 - Gingiva- und Weichgewebswucherungen

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.

2. Anamnese und Diagnostik im Hinblick auf den Parodontalzustand

Grundlage für die Therapie sind die Anamnese, der klinische Befund (Parodontalstatus) und Röntgenaufnahmen. Die Krankenkasse kann vor der Kosten-Übernahmeentscheidung diese Unterlagen und den Patienten begutachten lassen. Die Anamnese umfasst:

- Allgemeine Anamnese (darunter Risikofaktoren für Parodontitis wie Diabetes mellitus, Tabakkonsum, HIV-Infektion im fortgeschrittenen Stadium, Behandlung mit immun-suppressiven Medikamenten, Osteoporose)
- Familienanamnese im Hinblick auf Parodontalerkrankungen
- Spezielle Anamnese (Schmerzen/Vorbehandlungen).

Die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:

- Taschentiefen und Blutung der Zahnfleischtaschen auf Sondieren
- parodontale Rezessionen, um einen Ausgangswert für die Beurteilung einer möglichen Progression der Parodontitis zu erheben; fakultativ und alternativ kann auch der klinische Attachmentverlust aufgezeichnet werden.
- Furkationsbefall:
 - Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung
 - Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung
 - Grad 3 = durchgängig
- Zahnlockerung:
 - Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)
 - Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)
 - Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung

Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als sechs Monate), auswertbare Röntgenaufnahmen.

Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontitiden der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben.

3. Prognose

Wesentlich für eine günstige Prognose ist die Mitwirkung des Patienten (Nr. 4).

Die Prognose ist für das gesamte Gebiss oder für einzelne Parodontien ungünstig bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3.

Die Prognose für die Therapie lokaler oder generalisierter Parodontopathien wird zusätzlich durch folgende Faktoren ungünstig beeinflusst:

- Vorliegen systemischer Risikofaktoren (z. B. schlecht eingestellter Diabetes, HIV im fortgeschrittenen Stadium, Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten, Osteoporose)

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

- Vorliegen exogener Risikofaktoren (z.B. Nikotinkonsum, Alkoholabusus)
- unzureichende Mitwirkung des Patienten

Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3 ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

4. Mitwirkung des Patienten

Der Zahnarzt hat den Patienten in allen Therapiephasen über die Notwendigkeit der aktiven Mitwirkung zu informieren. Die Mitwirkung besteht darin, dass sich der Patient nach seinen individuellen Möglichkeiten aktiv bemüht, exogene und endogene Risikofaktoren zu reduzieren, an den notwendigen Behandlungsterminen teilzunehmen und eventuell eingesetzte Therapiemittel indikationsgerecht anzuwenden.

Vor und während der Parodontitisbehandlung ist zu überprüfen, in welchem Umfang eine Parodontitisbehandlung nach diesen Richtlinien angezeigt ist und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht. Dies hängt besonders von der Mitarbeit des Patienten ab.

Patienten, die trotzdem nicht ausreichend mitarbeiten oder unzureichende Mundhygiene betreiben, hat der Zahnarzt erneut auf die Notwendigkeit der Mitwirkung hinzuweisen und darüber aufzuklären, dass die Behandlung eingeschränkt oder ggf. beendet werden muss.

Stellt der Zahnarzt fest, dass der Patient nicht ausreichend mitarbeitet, hat der Zahnarzt das Behandlungsziel neu zu bestimmen und ggf. die Behandlung zu beenden,

- wenn eine Verhaltensänderung des Patienten in absehbarer Zeit ausgeschlossen erscheint oder
- wenn er in einem weiteren Behandlungstermin feststellt, dass eine wesentliche Verhaltensänderung nicht erfolgt ist.

Der Zahnarzt hat hierüber die Krankenkasse zu unterrichten. Die Behandlung kann erst dann fortgeführt werden, wenn die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 Absatz 2 vorliegen.

5. Systematische Parodontitistherapie

Die systematische Parodontitistherapie umfasst:

a) Geschlossenes Vorgehen

Bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondiertiefe von 3,5mm und mehr, wobei alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge – Biofilm und Zahnstein – nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen entfernt werden.

b) Offenes Vorgehen

Bei Sondiertiefen von mehr als 5,5mm kann das geschlossene Vorgehen vor dem

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

offenen Vorgehen durchgeführt werden. Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob an einzelnen Parodontien ein offenes Vorgehen zusätzlich durchzuführen ist.

In Ausnahmefällen kann das offene Vorgehen auch ohne vorheriges geschlossenes Vorgehen erfolgen.

Vor Durchführung eines offenen Vorgehens ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

Bei gingivalen Vergrößerungen und Gingiva- bzw. Weichgewebswucherungen ist zusätzlich die chirurgische Entfernung pathologisch veränderten Gewebes unter Wiederherstellung einer physiologischen Gingivamorphologie erforderlich.

6. Antibiotische Therapie

Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie verordnet werden. Dies kann in der Regel direkt nach Abschluss des supra- und subgingivalen Debridements erfolgen.

Vor der Verordnung von Antibiotika ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten (Nr. 4) im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war und sie auch weiterhin zu erwarten ist.

Eine mikrobiologische Diagnostik sowie die lokale Antibiotikatherapie sind grundsätzlich nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

7. Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges

Die regelmäßige Untersuchung des Patienten nach Abschluss einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist wegen der Gefahr einer bakteriellen Wiederbesiedlung der Taschen erforderlich.

Lokale Maßnahmen an einzelnen Parodontien sind gegebenenfalls zu wiederholen.

Die erste Untersuchung sollte bei geschlossenem Vorgehen nach 6 Monaten und nach offenem Vorgehen spätestens nach 3 Monaten erfolgen.

8. Regelungen zum Qualitätsmanagement

Die Krankenkasse kann die anhand von Anamnese, klinischer sowie radiologischer Befundung gestellte Diagnose und die daraus abgeleitete Therapieplanung begutachten lassen.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**Anlage zu den Behandlungs-Richtlinien****Parodontaler Screening-Index (PSI)**

Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das Vorliegen und/oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf. Er ist auch geeignet, Erkrankungsrezidive aufzudecken.

Die Messung des PSI erfolgt bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an den Parodontien der Indexzähne 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen ersatzweise an den daneben stehenden Zähnen. Bei Erwachsenen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. Die Befundung wird mittels einer Mess-Sonde mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt.

Aufgezeichnet wird der höchste Wert pro Sextant:

- Code 0 = Entzündungsfrei, kein Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder
- Code 1 = Blutung nach vorsichtigem Sondieren
- Code 2 = Blutung nach vorsichtigem Sondieren, supra- oder subgingivale Plaque und Zahnstein und/oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder
- Code 3 = Sondiertiefe 3,5 bis 5,5 mm (schwarzes Band teilweise sichtbar)
- Code 4 = Sondiertiefe 6 mm oder mehr (schwarzes Band nicht mehr sichtbar)

Falls beim Sondieren von Taschen sich purulentes Exsudat entleert, ist dies der Blutung gleichzustellen.

Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. Ist ein Sextant zahnlos, wird ein x eingetragen.

Wird eine Furkationsbeteiligung festgestellt, wird der Sextant mit einem * versehen und eine Einordnung in den nächsthöheren als den per Messung festgestellten Code vorgenommen.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**VI. Sonstige Behandlungsmaßnahmen**

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören das Entfernen von harten verkalkten Belägen und die Behandlung von Erkrankungen der Mundschleimhaut.
2. Aufbissbehelfe
 - a) Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche kann angezeigt sein bei Kiefergelenkstörungen, Myoarthropathien und zur Behebung von Fehlgewohnheiten. Angezeigt sind nur
 - individuell adjustierte Aufbissbehelfe,
 - Minioplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief,
 - Interzeptoren,
 - spezielle Aufbisschienen am Oberkiefer, die alle Okklusionsflächen bedecken (z. B. Michigan-Schienen).
 - b) Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann angezeigt sein bei akuten Schmerzzuständen.
 - c) Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann angezeigt sein bei Kiefergelenkstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen.
 - d) Die semipermanente Schienung kann angezeigt sein zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**VII. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen**

1. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen legt in Richtlinien gem. § 92 Abs. 1 SGB V die seltenen Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle fest, in denen der Anspruch auf implantologische Leistungen einschließlich der Epithesen und/oder der Suprakonstruktionen (implantatgetragener Zahnersatz) im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V als Sachleistung besteht. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen folgt dabei den Intentionen des Gesetzgebers, dass Versicherte nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen diese Leistungen erhalten.
2. Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V liegen in den in Satz 4 aufgeführten besonders schweren Fällen vor. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen besteht Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. In den Fällen von Satz 4 Buchstaben a) bis c) gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist.

Besonders schwere Fälle liegen vor

- a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache
 - in Tumoroperationen,
 - in Entzündungen des Kiefers,
 - in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
 - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
 - in Unfällen haben,
 - b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung
 - c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
 - d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).
3. Bei extraoralen Defekten im Gesichtsbereich nach Tumoroperationen oder Unfällen oder infolge genetisch bedingter Nichtanlagen ist die operative Deckung der Defekte das primäre Ziel. Ist eine rein operative Rehabilitation nicht möglich und scheidet die Fixierung von Epithesen zum Defektverschluss durch andere Fixierungsmöglichkeiten aus, so ist eine Verankerung von Epithesen durch Implantate angezeigt.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

4. Die Krankenkasse muss die in diesen Richtlinien genannten Behandlungsfälle mit dem Ziel begutachten lassen, ob die Ausnahmeindikationen vorliegen. Zahnarzt und Krankenkasse können eine Überprüfung des Gutachtens durch einen Obergutachter bei der KZBV beantragen.

Gutachter und Obergutachter müssen implantologisch erfahrene Zahnärzte sein, die von der KZBV im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannt werden. Das Vorschlagsrecht für entsprechende Gutachter und Obergutachter liegt sowohl bei der KZBV als auch bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**C. Verordnung von Arzneimitteln*****I. Allgemeine Grundsätze***

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Verordnung von Arzneimitteln nur dann, wenn sie im Zusammenhang mit einer zu behandelnden Zahn-, Mund- oder Kieferkrankheit steht.

Dies gilt auch, wenn Zahnärzte, welche die Approbation als Arzt besitzen, im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung tätig werden.

2. Der Zahnarzt soll Arzneimittel in der Regel nur verordnen, wenn er sich von dem Zustand des Kranken überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist.
3. Vor der Verordnung von Arzneimitteln soll der Zahnarzt prüfen, ob sie erforderlich ist oder ob andere Maßnahmen (z. B. hygienische, physikalische, diätetische) angezeigt sind.
4. Die Krankenkassen sollen die Versicherten allgemein und soweit nötig im Einzelfall darüber aufklären, dass sie Anspruch auf eine ausreichende und nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßige Versorgung mit Arzneimitteln haben, dass sie jedoch die Verordnung von Arzneimitteln, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder die unwirtschaftlich sind, nicht beanspruchen können, dass die Zahnärzte solche Arzneimittel auf Kosten der Krankenkassen nicht verordnen und dass die Krankenkassen sie nicht nachträglich bewilligen dürfen.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**II. Auswahl der Arzneimittel**

1. Für die Wirtschaftlichkeit einer Arzneimittelverordnung ist vor dem Preis der therapeutische Nutzen entscheidend. Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung ist zu beurteilen nach dem Verhältnis ihrer Kosten zur Sicherung des Erfolges und zu der dafür erforderlichen Zeit. Ziel der zahnärztlichen Behandlung ist vornehmlich die bald mögliche Wiederherstellung der Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit. Die Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung von Arzneimitteln besagt nicht, dass nur einfache und billige Arzneimittel verordnet werden dürfen; auch die Verordnung von teuren Arzneimitteln kann im Hinblick auf die Art der Erkrankung und die Umstände des Krankheitsfalles wirtschaftlich sein. Jedoch soll der Zahnarzt stets prüfen, ob sich der angestrebte Erfolg auch durch preisgünstigere Arzneimittel erreichen lässt.

Die Verordnung von Kombinationspräparaten kann unwirtschaftlich sein, so z. B., wenn weder durch die einzelnen Komponenten noch mit deren Synergismus eine Steigerung des therapeutischen Nutzens oder eine Verminderung von unerwünschten Wirkungen verbunden ist, besonders dann, wenn die Kombination unnötige Bestandteile enthält.

Eine gleichzeitige Verordnung mehrerer pharmakologisch gleichsinnig wirkender Arzneimittel kann nur sinnvoll sein, wenn durch sie ein therapeutisch zweckmäßiger Synergismus bewirkt bzw. unerwünschte Wirkungen gemindert oder vermieden werden.

2. Es sollen nur solche Arzneimittel verordnet werden, deren therapeutische Wirksamkeit durch objektiv festgestellte Ergebnisse ausreichend gesichert ist. Erprobungen von Arzneimitteln auf Kosten der Versicherungsträger sind unzulässig.
3. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sollen die Zahnärzte hinsichtlich der Arzneimittelverordnungen beraten und durch Einholung und Bekanntgabe gutachterlicher Stellungnahmen, insbesondere der Zahnärztlichen Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer, unterstützen.
4. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung soll von der Zahnärztlichen Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer in erforderlichen Fällen Gutachten darüber einholen, ob bei einem Arzneimittel die in Nummer 2 bezeichnete Voraussetzung erfüllt ist.
5. Arzneimittel, deren therapeutisch wirksame Bestandteile nicht gem. § 10 Abs. 1 Nummer 8 des Arzneimittelgesetzes qualitativ und quantitativ deklariert sind, dürfen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht verordnet werden. Die Arzneimittel, deren Wirkstoffgehalt in den Ausgangsprodukten Schwankungen unterworfen ist, sollen nur verordnet werden, wenn der Hersteller eine standardisierte biologische Einstellung des Wirkstoffgehaltes vorgenommen und deklariert hat.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

6. Von gleichartig wirkenden Arzneimitteln soll unter Berücksichtigung der Qualität, der Unbedenklichkeit und, soweit erforderlich und möglich, der Bioverfügbarkeit das in Form und Menge wirtschaftlichste verordnet werden.
7. Es kann kostensparend sein, Arzneimittel nicht mit dem wortgeschützten Namen, sondern unter ihrem chemischen Namen oder unter dem internationalen Freinamen der Weltgesundheitsorganisation zu verschreiben, wobei die unter Nummer 6 genannten Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind.
8. Gemäß § 31 SGB V dürfen nur solche Arzneimittel verordnet werden, die apothekenpflichtig sind.
9. Gegenüber Verordnungswünschen der Versicherten ist Zurückhaltung geboten, insbesondere bei Arzneimitteln, für die nicht nur in Fachkreisen geworben wird, weil erfahrungsgemäß die Publikumswerbung zu einem das therapeutisch notwendige Maß übersteigenden Arzneimittelverbrauch anreizt und damit gesundheitliche Gefahren mit sich bringt. Außerdem beeinträchtigt die Publikumswerbung die dem Zahnarzt zustehende Entscheidungsfreiheit über die im Einzelfall angezeigte Art der Arzneimittelverordnung.
10. Nicht verordnet werden dürfen
 - a) Nähr-, Stärkungs- und Genussmittel, Vitamine,
 - b) Zahn- und Mundpflegemittel; diese gelten als Mittel der täglichen Hygiene, auch dann, wenn sie auf Grund arzneilicher Zusätze prophylaktischen oder therapeutischen Zwecken dienen sollen.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien**III. Verordnungsumfang**

1. Überhöhte Kosten entstehen auch dann, wenn der Zahnarzt zwar preisgünstige Arzneimittel, diese aber in zu großem Umfang verordnet.
2. Die zu verordnende Menge hängt in erster Linie von der Art und Dauer der Erkrankung ab. Bei akuten Erkrankungen führt die Verordnung einer zu großen Menge leicht zu Arzneimittelvergeudung; bei chronischen Krankheiten können wiederholte Verordnungen von kleinen Mengen unwirtschaftlicher sein als die einmalige Verordnung einer größeren Menge.

Bei Verordnungen sind Art und Menge der vom Kranken bereits verbrauchten Arzneimittel zu berücksichtigen. Vor jeder Wiederholung von Arzneimittelverordnungen soll der Zahnarzt prüfen, ob eine Wiederholung erforderlich ist und ob die verbrauchte Menge mit der vorgesehenen Anwendungszeit übereinstimmt. Dabei ist insbesondere auf Arzneimittelmissbrauch im Sinne einer Gewöhnung oder Sucht zu achten (z. B. bei Schmerzstillungs-, Beruhigungs- und Schlafmitteln).

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien***IV. Hinweise auf Verordnungsmöglichkeiten und Preisgestaltung***

1. Zur wirtschaftlichen Verordnungsweise gehört auch die Verpflichtung des Zahnarztes, sich im Rahmen des Möglichen über die Preise der Arzneimittel zu unterrichten.
2. Bei der Verordnung von Fertigarzneimitteln muss der Zahnarzt die Arzneiform angeben und auf die richtige Mengenangabe der abgabefertigen Packung achten. Beim Verschreiben von Tabletten, Dragees und dergleichen in abgabefertigen Packungen ist, wenn diese mit verschiedenem Gehalt an wirksamen Stoffen im Handel sind, die Menge des wirksamen Bestandteiles anzugeben. Zusätze zum Arzneimittelnamen, wie z. B. forte, mite, retard sind anzugeben. Die Verordnung eines Arzneimittels ohne die Angaben kann unwirtschaftlich sein, weil der Apotheker dann verpflichtet ist, die Packung mit dem niedrigsten Wirkstoffgehalt, bei gleichem Wirkstoffgehalt die Packung mit der kleinsten Menge, abzugeben.
3. Für die Inanspruchnahme der Apotheken in der Zeit von 20 Uhr bis 7 Uhr können die Apotheken ein zusätzliches Entgelt berechnen. Deshalb müssen alle Verordnungen, deren Belieferung während dieser Zeit erforderlich ist, mit dem Vermerk noctu oder cito versehen werden.

Berlin, 04.06.2003 und Köln, 24.09.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende
Prof. Dr. Herbert Genzel

2.

**Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und
Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung
von Zahnerkrankungen(Individualprophylaxe) vom
04. Juni 2003 in der ab 01. Januar 2004 geltenden Fassung**

2.

Individualprophylaxe-Richtlinien

A. Allgemeines

1. Diese Richtlinien legen gem. § 22 Abs. 2 SGB V Art, Umfang und Nachweis der zahnärztlichen Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (zahnmedizinische Individualprophylaxe) bei Versicherten fest, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben.
2. Die zahnmedizinische Individualprophylaxe soll der Vorbeugung gegen Karies und Parodontal-Erkrankungen dienen und die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sinnvoll ergänzen und fortführen. Die Individualprophylaxe soll der Erhaltung der Zahngesundheit dienen und ggf. Neuerkrankungen oder ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern.

Mit dem Individualprophylaxe-Programm sollen insbesondere die Versicherten betreut werden, die von der Gruppenprophylaxe nicht erfasst werden.

3. Der Erfolg der Individualprophylaxe ist in jeder Phase abhängig von der Mitarbeit des Patienten. Die Förderung dieser Mitarbeit steht daher im Vordergrund der Prophylaxemaßnahmen. Der dafür notwendigen Motivation kommt besondere Bedeutung zu. Ggf. kann sie mehrfach erforderlich sein.
4. Um die Bereitschaft des Patienten zur Kooperation zu erreichen und zu erhalten, ist eine kontinuierliche Durchführung der Zahnprophylaxemaßnahmen erforderlich.
5. Die Individualprophylaxe beginnt mit der Erstellung des Mundhygienestatus, dem die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorgegangen sein soll. Erforderlichenfalls folgt die Motivationsphase. Eine ggf. notwendige Intensivmotivation mit der Aufklärung über Krankheitsursachen und ggf. Remotivationen sollen zeitnah möglichst innerhalb von vier Monaten abgeschlossen sein.
6. Die Prophylaxemaßnahmen sollen insbesondere den Versicherten mit hohem Kariesrisiko helfen, die Mundgesundheit zu verbessern. Ein hohes Kariesrisiko wird durch die folgenden Werte des Karies-Indexes DMF-T / DMF-S angezeigt:

Alter bis

7 Jahre	dmf/DMF (t/T) > 5 oder D(T) > 0
8 - 9 Jahre	dmf/DMF (t/T) > 7 oder D(T) > 2
10 - 12 Jahre	DMF (S) an Approximal/Glattflächen > 0
13 - 15 Jahre	D (S) an Approximal/Glattflächen > 0 und/oder mehr als 2 kariöse Läsionen

Dies gilt auch für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

2.

Individualprophylaxe-Richtlinien

Karies-Index DMF-T / DMF-S:

<u>Bleibende Zähne</u>	<u>Milchzähne</u>	
D	d (decayed)	= kariös
M	m (missing)	= fehlend wegen Karies
F	f (filled)	= gefüllt wegen Karies
T	t (teeths)	= Zähne
S	s (surfaces)	= Zahnflächen

Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen. Bei Versicherten, die kein hohes Kariesrisiko aufweisen, sind die Prophylaxemaßnahmen in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.

- Die Individualprophylaxemaßnahmen werden nach Maßgabe des Zahnheilkundengesetzes und der geltenden Ausbildungs- und Fortbildungsbestimmungen durchgeführt.

2.

Individualprophylaxe-Richtlinien

B. Art und Umfang der zahnmedizinischen Individualprophylaxe

8. Der Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes des Patienten, die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen sowie die Erhebung geeigneter Indizes und ggf. das Einfärben der Zähne. Geeignet sind Indizes mit dokumentierbarem Messwert.

Das sind z. B. der Papillen-Blutungs-Index (PBI), der Approximalraum-Plaque-Index (API) oder der Quigley-Hein-Index. Die Dokumentation ist Bestandteil der Krankenblattunterlagen. Die einmal gewählten Indizes sind innerhalb eines Prophylaxeprogrammes beizubehalten.

Aufgrund der Untersuchung ist patienten- und befundbezogen zu entscheiden, ob und welche weiteren Prophylaxemaßnahmen indiziert sind. Das bedeutet, dass bei entsprechender Mundhygiene außer dem Mundhygienestatus weitere Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen nicht erforderlich sind.

9. Um das Gebiss prophylaxefähig zu machen, sollen alle iatrogenen und natürlichen Reizfaktoren beseitigt werden. Hier kann auch die Erstellung von Bissflügelröntgenaufnahmen angezeigt sein.
10. An die Erhebung des Mundhygienestatus schließt sich ggf. die Aufklärung über Ursachen von Karies, Gingivitis und Zahntraumata sowie deren Vermeidung an. Die Erklärungen sind dem Alter und dem Entwicklungsstand des Patienten anzupassen; dabei sind Hinweise zur zahngesunden Ernährung zu geben. Geeignete Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, fluoridierte Zahnpasta, fluoridierte Gelees und dergl.) sind zu empfehlen und ggf. zu verordnen. Eine systemische Fluoridierung erfordert die Erfassung von systemisch angewandten Fluoridierungsmitteln. Bei Hygienedefiziten kommt die praktische Übung von Hygienetechniken einschließlich der Reinigung der Interdentalräume hinzu.

Die Aufklärungen und praktischen Übungen sind zur Remotivation zu wiederholen. Zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang Remotivationen erforderlich sind, hat der Zahnarzt aufgrund des individuellen Hygienebefundes des Versicherten zu entscheiden.

11. Als begleitende Maßnahme ist die lokale Fluoridierung zur Schmelzhärtung mit Lack, Gel o.ä. angezeigt.

Dabei sind häusliche Fluoridierungsmaßnahmen (z. B. mit fluoridiertem Speisesalz, Fluorid-Spülungen und Fluoridgelee) und der Wunsch des Patienten zu berücksichtigen. Voraussetzung für die lokale Fluoridierung ist die gründliche Beseitigung von Zahnbelägen und die Trockenlegung der Zähne, um eine gleichmäßige Benetzung des Zahnschmelzes mit Fluorid zu gewährleisten. Die erste lokale Fluoridierung soll während der Motivationsphase innerhalb von vier Monaten nach der Prophylaxeuntersuchung durchgeführt werden. Die weiteren Fluoridierungen sollen in regelmäßigen Abständen von ca. sechs Monaten erfolgen.

2.

Individualprophylaxe-Richtlinien

12. Sind bereits wiederholt Prophylaxemaßnahmen durchgeführt worden, so sollen bei zufriedenstellender Mundhygiene nur die Erhebung des Mundhygienestatus sowie die lokale Fluoridierung durchgeführt werden. Weitere Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen sind dann entbehrlich. Dies schließt nicht aus, dass bei einer späteren Verschlechterung der Mundhygiene erneut Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen im Rahmen der vertraglichen Bestimmungen erforderlich werden können. Verbessert sich der Mundhygienestatus eines Versicherten trotz wiederholter Motivationsmaßnahmen nicht, so sind nur noch der Mundhygienestatus und Fluoridierungen zweckmäßig.
13. In ein Bonusheft ist bei den 12- bis 17-Jährigen für jedes Kalenderhalbjahr das Datum der Erhebung des Mundhygienestatus einzutragen. Das Bonusheft dient dem Versicherten als Nachweis für seinen Anspruch auf erhöhte Zuschüsse zum Zahnersatz gem. § 30 Abs. 2 SGB V. In das Bonusheft sind daher auch die jährlichen Untersuchungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres einzutragen.
14. Die bei der Erhebung des Mundhygienestatus festgestellten Befunde und die Indexwerte sind im Krankenblatt aufzuzeichnen.

2.

Individualprophylaxe-Richtlinien**C. Fissurenversiegelung**

15. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren 6 und 7 mit aushärtenden Kunststoffen. Die Versiegelung der gefährdeten Fissuren sollte so früh wie möglich erfolgen, auch bei Durchbruch des 1. Molaren vor Vollendung des 6. Lebensjahres.

Eine Versiegelung ist nicht angezeigt, wenn die Fissur bereits kariös erkrankt ist. Um mit der Fissurenversiegelung einen langfristigen Schutz der Zähne zu erreichen, ist die gründliche Beseitigung von Zahnbelägen und die Trockenlegung der Zähne erforderlich.

Soweit eine Versiegelung im zeitlichen Zusammenhang mit Maßnahmen der lokalen Fluoridierung durchgeführt wird, muss die Versiegelung vor der Fluoridierung abgeschlossen sein.

Die Versiegelung muss alle kariesfreien Fissuren des Zahnes einbeziehen.

16. Diese Richtlinien treten am 01.01.2004 in Kraft.

Berlin, 04.06.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende
Prof. Dr. Herbert Genzel

3.

**Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
gem. § 91 Abs. 6 SGB V in der Besetzung für die vertrags-
zahnärztliche Versorgung über die Früherkennungs-
untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
(zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V)
vom 4. Juni 2003 und 8. Dezember 2004
in der ab 01. Januar 2005 geltenden Fassung**

3.

Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinien

1. Diese Richtlinien legen gem. § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V Voraussetzungen, Art und Umfang der zahnärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung und Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Versicherten fest, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten).
2. Die zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen sollen der Erkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und der Vorbeugung von Karies und Gingivitis dienen. Weiterhin sollen durch sie Neuerkrankungen festgestellt und bewirkt werden, dass eine Behandlung frühzeitig eingeleitet und ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert wird.
3. Mit den Früherkennungsuntersuchungen (siehe Nummer 6) sollen insbesondere die Kinder betreut werden, die keine Einrichtungen besuchen, die gruppenprophylaktische Maßnahmen durchführen. Vor allem sollen die Kinder betreut werden, die ein hohes Kariesrisiko aufweisen und nicht bereits in ein anderweitiges Intensivprogramm eingebunden sind (siehe Nummern 6 und 7).
4. Die zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen sind auf die ärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung geregelt sind, abzustimmen. Die Früherkennungsuntersuchungen und die unter Nummer 7 genannten Maßnahmen sollen die Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe ergänzen. Der Zahnarzt klärt vor Beginn der Untersuchungen ab, welche Maßnahmen das Kind im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Anspruch nimmt. Er hat die eigenen Tätigkeiten darauf abzustimmen.
5. Die zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen umfassen die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung des Kariesrisikos beim Kind, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten mit dem Ziel der Keimzahlsenkung beim Kind durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke sowie verbesserte Mundhygiene, die Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, Zahnpasta u.ä.) und ggf. die Abgabe oder Verordnung von Fluoridtabletten.
6. Es werden drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt. Die erste Untersuchung findet grundsätzlich im dritten Lebensjahr statt.

Die beiden weiteren Untersuchungen finden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres statt. Der Abstand zwischen den Untersuchungen beträgt mindestens 12 Monate.

3.

Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinien

7. Ab dem **30. Lebensmonat*** ist bei Kindern mit hohem Kariesrisiko ergänzend zu den oben genannten Maßnahmen die Anwendung von Fluoridlack zur Kariesvorbeugung angezeigt. Ein hohes Kariesrisiko wird durch die folgenden Werte für kariöse, wegen Karies entfernte und gefüllte Zähne angezeigt:

Alter bis

3 Jahre	dmf-t	>	0
4 Jahre	dmf-t	>	2
5 Jahre	dmf-t	>	4
6 Jahre	dmf-t	>	5

Für diese Kinder sollen die lokalen Fluoridanwendungen in regelmäßigen Abständen zweimal je Kalenderhalbjahr vorgenommen werden. Diese Maßnahmen sind auf die Fluoridierungsanwendungen in der Gruppenprophylaxe abzustimmen.

8. Soweit kariöse Defekte festgestellt werden, sind diese vorrangig zu sanieren.
9. Diese Richtlinien treten am 01.01.2004 in Kraft.

Berlin, 04.06.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

* Geändert auf Grund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 08.12.2004

4.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

(Zahnersatz-Richtlinie)

**vom 8. Dezember 2004,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 S. 4094
in Kraft getreten am 1. Januar 2005,**

**zuletzt geändert am 7. November 2007,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 S. 8383
in Kraft getreten am 1. Januar 2008**

4.

Zahnersatz-Richtlinien

A. Gegenstand und Zweckbestimmung

1. Diese Richtlinien regeln gemäß § 92 in Verbindung mit §§ 73 Abs. 2 Nr. 2a, 56 Abs. 2 SGB V die Regelversorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) mit dem Ziel einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Soweit in den nachfolgenden Richtlinien Aussagen zum Zahnersatz getroffen werden, gelten diese entsprechend für die Versorgung mit Zahnkronen und Suprakonstruktionen.

Auch für zahntechnische Leistungen gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Die Abrechenbarkeit der in diesen Richtlinien beschriebenen Maßnahmen regeln die Vertragspartner gem. § 87 SGB V.

2. Nach diesen Richtlinien sollen
 - a) die Krankenkassen über ihre Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz entscheiden,
 - b) die Zahnärzte bei der Versorgung mit Zahnersatz verfahren.
3. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über Art und Umfang ihrer Leistungsansprüche bei der Versorgung mit Zahnersatz zu informieren. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinien hin.

4.

Zahnersatz-Richtlinien

B. Voraussetzungen für Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung

4. Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist.

Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Dies gilt auch für gleichartige und andersartige Versorgungsleistungen.

5. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Leistungen hinzukommen.

Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Abs. 5 SGB V, wenn eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird. Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsform (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

Eine tatsächlich geplante Versorgung gemäß § 87 Abs. 1a SGB V kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und andersartigen Versorgung umfassen.

4.

Zahnersatz-Richtlinien**C. Voraussetzungen und Grundsätze für eine Versorgung mit Zahnersatz**

6. Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist es, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern.
7. Zahnersatz ist angezeigt, wenn ein Zahn oder mehrere Zähne fehlen oder zerstört sind und wenn dadurch die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans beeinträchtigt ist oder beeinträchtigt zu werden droht, z. B. durch Zahnwanderung oder -kipfung. Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbe-zahnung vorhanden sein oder im Laufe der Behandlung hergestellt werden.

Ein neuer Zahnersatz ist nicht angezeigt, wenn der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt werden kann (z. B. durch Erweiterung).

8. Der Zahnarzt soll Art und Umfang des Zahnersatzes nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans bestimmen.

Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen. Der Zahnarzt hat den Patienten über die nach den Richtlinien ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Formen der Versorgung aufzuklären.

9. Die Mitwirkung des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung des Behandlungsziels. Regelmäßige Zahnpflege und der Nachweis der zahnärztlichen Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 SGB V sind wichtige Kriterien für die Festlegung der im Einzelfall notwendigen Form der Versorgung mit Zahnersatz.

Ist die Mundhygiene des Patienten unzureichend und/oder lehnt der Patient die Mitwirkung an einer notwendigen Parodontalbehandlung ab, ist das Behandlungsziel neu zu bestimmen.

10. Der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen hat die Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan voranzugehen.

Die Versorgung hat die Wiederherstellung der Kaufunktion im Sinne einer Gesamtplanung zum Ziel.

Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

4.

Zahnersatz-Richtlinien

11. Der Versorgung mit Zahnersatz hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses vorauszugehen.
 - a) Tief kariöse Zähne müssen auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein und ggf. nach Versorgung mit einer Füllung klinisch reaktionslos bleiben.
 - b) Pulpatote Zähne müssen mit einer nach den Behandlungs-Richtlinien erbrachten, röntgenologisch nachzuweisenden Wurzelfüllung versorgt sein.
 - c) Zu überkronende Zähne sind auf ihre Sensibilität zu überprüfen.
 - d) Bei Zähnen mit krankhaften Prozessen müssen Maßnahmen zur Ausheilung eingeleitet sein. An diesen Zähnen dürfen vorerst nur Interimsmaßnahmen durchgeführt werden. Endgültiger Zahnersatz ist erst nach Ausheilung angezeigt.
 - e) Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein.
 - f) Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen muss eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.
 - g) Nicht erhaltungswürdige Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein.
 - h) Retinierte und impaktierte Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit geplantem Zahnersatz stehen, sollen vor Beginn der Behandlung entfernt werden.
 - i) Voraussetzung für die Versorgung mit Suprakonstruktionen ist die Osseointegration der Implantate.
12. Eine endgültige Versorgung mit Zahnersatz ist anzustreben. Dies kann ggf. auch durch einen Immediatersatz, der zu einem späteren Zeitpunkt umgestaltet werden kann, geschehen.
13. In Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, kann ein Interimsersatz angezeigt sein. Dies gilt insbesondere bei fehlenden Frontzähnen und zur Sicherung der Bisslage.
14. Es dürfen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes entsprechen. Bei nachgewiesener Allergie gegen einen Werkstoff ist ein als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen. Der Nachweis einer Allergie ist gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie zu erbringen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig. Bei der Auswahl der Dentallegierungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung soll beachtet werden, dass Nichtedelmetall und NEM-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können.

4.

Neufassung der Zahnersatz-Richtlinien

D. Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche***I. Versorgung mit Zahnkronen***

15. Die Schonung und Erhaltung natürlicher und intakter Zahnhartsubstanz hat Vorrang vor der Versorgung mit Zahnkronen. Zahnkronen sind angezeigt, wenn sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der erkrankten Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe ergibt, dass sie nur durch Kronen erhalten werden können.
16. Zahnkronen können angezeigt sein:
 - a) zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr oder auf Dauer nicht möglich ist,
 - b) zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist.
17. Zahnkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die auf Dauer ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.
18. Konfektionierte Kronen dürfen nur in der Kinderzahnheilkunde verwendet werden.
19. Für die Versorgung mit einer provisorischen Krone ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.
20. Zur Regelversorgung gehören metallische Voll- und Teilkronen. Ebenfalls zur Regelversorgung gehören vestibuläre Verblendungen im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Im Bereich der Zähne 1 bis 3 umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten.

II. Versorgung mit Brücken

21. Eine Brücke dient in der Regel der Schließung zahnbegrenzter Lücken. Die Indikation ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten.

Bei der Gestaltung der Brückenglieder sind die Grundsätze der Parodontalhygiene zu berücksichtigen.
22. Brücken sind angezeigt, wenn dadurch in einem Kiefer die geschlossene Zahnreihe wiederhergestellt wird. In der Regel sind Endpfeilerbrücken angezeigt. Freidendbrücken sind nur bis zur Prämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzähnen angezeigt; in Schalllücken ist der Ersatz von Molaren und von Eckzähnen durch Freidendbrücken ausgeschlossen.

4.

Zahnersatz-Richtlinien

23. Brücken sind nicht angezeigt bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen.
24. Nur bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren gehören adhäsiv befestigte einspannige Brücken im Frontzahnbereich mit Metallgerüst zur Regelversorgung. Die Pfeilerzähne sollen karies- und füllungsfrei sein. Die zu überbrückende Spanne soll grundsätzlich nicht mehr als einen Zahn umfassen.
25. Für Brücken gilt Nummer 20 dieser Richtlinien entsprechend.
26. Bei disparallelen Pfeilern umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung auch das hierdurch erforderliche Geschiebe.

III. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

27. Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen.
28. Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgusskonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontal-Hygiene sind dabei zu berücksichtigen.
29. Bei einem Restgebiss ohne parodontale Abstützungsmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwändige Halteelemente angezeigt.
30. Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis gehört nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen) zur Regelversorgung.
31. Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.
32. Bei zahnlosem Kiefer ist die Abformung mittels eines Funktionsabdruckes angezeigt; das gleiche gilt, wenn bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähne – eine funktionelle Randgestaltung notwendig ist.
33. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
34. Intraorale Stützstiftregistrierungen zur Feststellung der Zentrallage gehören nur neben der Total-/Cover-Denture-Prothese zur Regelversorgung, auch auf implantatgestützten Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unter- zu Oberkiefer mit einfachen Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

IV. Kombinationsversorgung

35. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen

4.

Zahnersatz-Richtlinien

Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen. Bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen ist neben der parodontalen Ausgangssituation der Restzähne auch die Lückentopographie im Hinblick auf die Art der Verankerung und die Abstützung kritisch zu bewerten. Zur Regelversorgung gehören in diesem Fall sowohl Cover-Denture-Prothesen als auch parodontal abgestützte Prothesen mit einer Modellgussbasis sowie als Verbindungselemente Resilienzteleskopkronen und Wurzelstiftkappen beziehungsweise Teleskop-/Konuskronen.

V. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

36. Suprakonstruktionen gehören in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung:
- bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie
 - bei atrophiertem zahnlosen Kiefer

[Anmerkung: Lt. Gemeinsamer Erklärung der Partner im Bundesausschuss sind mit Inkrafttreten zum 01.01.2006 in den Zahnersatz-Richtlinien Suprakonstruktionen zu beschreiben, die zu einer Verbesserung der Kaufunktion im Vergleich zu anderen Versorgungsformen führen]

37. Der Anspruch im Rahmen der Regelversorgung ist bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken nach Nummer 36 Buchstabe a auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 36 Buchstabe b auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt.
38. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen.
39. Die Krankenkasse kann die vorgelegte Behandlungsplanung einem Gutachter zur Klärung der Frage zuleiten, ob ein unter Nummer 36 genannter Ausnahmefall vorliegt. Dabei gilt das zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarte Gutachterverfahren für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen entsprechend. Das Nähere hierzu regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

Die Neufassung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

München, den 8. Dezember 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Prof. Dr. Herbert Genzel

4 A.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

**zur Bestimmung der Befunde und der
Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach
§§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind
(Festzuschuss-Richtlinien)**

**vom 3. November 2004,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004 S. 24 463,
in Kraft getreten am 1. Januar 2005**

**zuletzt geändert am 20. Mai 2010,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010 S. 2450,
in Kraft getreten am 16. Juli 2010**

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Präambel

Der Gemeinsame Bundesausschuss in der Besetzung für die vertragszahnärztliche Versorgung nach § 91 Abs. 6 SGB V bestimmt auf der Grundlage der Zahnersatz-Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 SGB V gewährt werden und ordnet diesen nach § 56 Abs. 2 SGB V prothetische Regelversorgungen zu. Die Bestimmung der Befunde ist auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses erfolgt. Dem zahnmedizinischen Befund wird unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien ein Befund dieser Festzuschuss-Richtlinien zugeordnet.

Die dem jeweiligen Befund zugeordnete zahnprothetische Versorgung orientiert sich an den zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse für den jeweiligen Befund gehören.

Bei der Zuordnung der Regelversorgung sind auch die Funktionsdauer, die Stabilität und auch die Gegenbeziehung berücksichtigt worden.

In die Festlegung der Regelversorgung sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes einbezogen.

Dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen ist nach § 56 Abs. 3 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses einbezogen worden.

A. Allgemeines

1. Die nach dem zahnmedizinischen Befund zugeordneten Befunde von Teil B dieser Festzuschuss-Richtlinien sind nur ansetzbar, wenn die in den Beschreibungen der nachfolgenden Befunde geregelten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind die Inhalte der Leistungsbeschreibungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen berücksichtigt worden.
Bei der Feststellung der Befunde wird Zahnersatz einschließlich Suprakonstruktionen natürlichen Zähnen gleichgestellt, soweit der vorhandene Zahnersatz noch funktionsfähig ist oder die Funktionstüchtigkeit, z.B. durch Erweiterung, wiederhergestellt werden kann. Bei Erneuerungen und Erweiterungen von festsitzenden, nach der Versorgung teilweise zahngetragenen Suprakonstruktionen werden bereits vorhandene Suprakonstruktionen ebenfalls natürlichen Zähnen gleichgestellt.
2. Die Festzuschüsse zu den Befunden werden auf Basis der befundbezogenen, im Einzelfall tatsächlich eingliederungsfähigen Regelversorgungen ermittelt und erst dann gewährt, wenn die auslösenden Befunde mit Zahnersatz, Zahnkronen oder Suprakonstruktionen so versorgt sind, dass keine weitere Versorgungsnotwendigkeit besteht. Bei Teilleistungen werden die Festzuschüsse anteilig gewährt. Festzuschüsse

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

für Verblindungen werden immer dann gewährt, wenn die Regelversorgung diese vorsieht.

Protokollnotiz:

In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen.

Die Festzuschüsse werden auf der Basis des Gesamtbefundes ermittelt und in diesen Fällen entsprechend dem durchgeführten Therapieschritt gewährt, ohne zu insgesamt höheren Festzuschüssen zu führen, als sie bei einer Behandlung gemäß des Gesamtbefundes entstanden wären.

Die Krankenkasse kann den Befund und den geplanten Therapieschritt begutachten lassen.

3. Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbeziehung vorhanden sein oder im Laufe der Behandlung hergestellt werden.
4. Bei Versicherten, die gemäß § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden, gewähren die Krankenkassen zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V einen weiteren Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V entstandenen Kosten.

Protokollnotiz:

Der Gemeinsame Bundesausschuss geht davon aus, dass Festzuschüsse auch bei „Nicht-Härtefällen“ höchstens in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V entstandenen Kosten gewährt werden.

5. Wählen Versicherte, die gemäß § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz gemäß § 55 Abs. 4 oder 5 SGB V, gewähren die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss.
6. Suprakonstruktionen sind in den in den Zahnersatz-Richtlinien beschriebenen Fällen Gegenstand der Regelversorgung. Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind Festzuschüsse ansetzbar, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage von entsprechenden Regelleistungen ermittelt hat.

Eine Gewährung von Festzuschüssen erfolgt auch in den Fällen, in denen Suprakonstruktionen außerhalb der in den Zahnersatz-Richtlinien genannten Fälle gewählt werden.

7. Bei der Erstversorgung, der Erneuerung und der Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind für alle Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, keine Festzuschüsse ansetzbar.

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

8. Die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind gegenüber dem Versicherten für diejenigen Leistungen, die der Regelversorgung entsprechen, nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema) und auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II – 2004) abzurechnen.

Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, gilt als Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten die Gebührenordnung für Zahnärzte. Wählen Versicherte eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung nach § 55 Abs. 5 SGBV, gilt als Abrechnungsgrundlage ebenfalls die Gebührenordnung für Zahnärzte.

Für die Ausnahmefälle gemäß Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien (zahnbegrenzte Einzelzahnlücke, atrophierter Kiefer) bilden BEMA und BEL II weiterhin die Abrechnungsgrundlage.

9. Begleitleistungen wie Anästhesien, Röntgenaufnahmen, parodontologische und konservierende Leistungen, die bei Versorgungsgemäßen gemäß § 56 Abs. 2 SGB V (Regelleistungen) erbracht werden, sind als vertragszahnärztliche Leistungen abzurechnen. Dies gilt auch in Fällen, in denen Versicherte eine Versorgung nach § 55 Abs. 4 und Abs. 5 SGB V wählen.

Protokollnotiz:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 14.07.2004 auf der Grundlage von § 56 Abs. 2 SGB V die Befunde bestimmt, für die Festzuschüsse gewährt werden. Er wird die Auswirkungen der beschlossenen Festzuschüsse, auch im Hinblick auf die Anwendung im Einzelfall überprüfen und ggf. auf der Grundlage von § 56 Abs. 2 Satz 12 SGB V fortentwickeln.

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

B. Befunde und zugeordnete Regelversorgungen

1. Erhaltungswürdiger Zahn

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>
1.1 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn	20a Metallische Vollkrone	0010 Modell
	19 Provisorische Krone	0023 Verwendung von Kunststoff
1.2 Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschubstanz, je Zahn	24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums	0024 Galvanisieren
	7b Planungsmodelle	0051 Sägemodell
	98a Individuelle Abformung	0052 Einzelstumpfmodell
		0053 Modell nach Überabdruck
		0055 Fräsmodell
		0060 Zahnkranz
		0070 Zahnkranz sockeln
		0120 Mittelwertartikulator
		0201 Basis für Vorbissnahme
		0211 Individueller Löffel
	0213 Basis für Bissregistrierung	
	0220 Bisswall	
	0240 Übertragungskappe	
	0310 Provisorische Krone	
	0320 Formteil	
	1021 Vollkrone / Metall	
	1031 Vorbereiten Krone	
	1032 Krone einarbeiten	
	1360 Geprüftes Lager	
	1500 Metallverbindung nach Brand	
	9330 Versandkosten	
	Material: NEM	
	Verbrauchsmaterial Praxis	
		0010 Modell
		0023 Verwendung von Kunststoff
		0024 Galvanisieren
		0051 Sägemodell
		0052 Einzelstumpfmodell
		0053 Modell nach Überabdruck
		0055 Fräsmodell
		0060 Zahnkranz
		0070 Zahnkranz sockeln
		0120 Mittelwertartikulator
		0201 Basis für Vorbissnahme
		0211 Individueller Löffel
		0213 Basis für Bissregistrierung
		0220 Bisswall
		0240 Übertragungskappe
		0310 Provisorische Krone
		0320 Formteil
		1022 Teilkrone
		1031 Vorbereiten Krone
		1032 Krone einarbeiten
		1360 Geprüftes Lager
		9330 Versandkosten
		Material: NEM
		Verbrauchsmaterial Praxis

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>		Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>	
1.3 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)	20b	Vestibulär verblendete Verblendkrone abzüglich: 20a Metallische Vollkrone	1024	Krone für vestibuläre Verblendung abzüglich: 1021 Vollkrone/Metall
	24c	Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums	1500	Metallverbindung nach Brand
			1550	Konditionierung
			1600	Vestibuläre Verblendung Kunststoff
			1610	Zahnfleisch Kunststoff
			1620	Vestibuläre Verblendung Keramik
			1630	Zahnfleisch Keramik
			1640	Vestibuläre Verblendung Komposit
			1650	Zahnfleisch Komposit
			9330	Versandkosten
1.4 Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	18a	Konfektionierter Stiftaufbau	Material: Stift	
1.5 Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	18b	Gegossener Stiftaufbau, zweiseitig	0010	Modell
	21	Prov. Krone mit Stiftverankerung	0051	Sägemodell
			0052	Einzelstumpfmmodell
			0053	Modell nach Überabdruck
			0060	Zahnkranz
			0070	Zahnkranz sockeln
			0120	Mittelwertartikulator
			1033	Stiftaufbau einarbeiten
			1040	Modellation gießen
			1050	Stiftaufbau
			9330	Versandkosten
			Material: NEM	
			Verbrauchsmaterial Praxis	

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

2. Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freundsituation vorliegt (Lückensituation I).

Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freundsituation aus. Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist. Soweit Zahn 7 einseitig oder beidseitig fehlt und hierfür keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, liegt keine Freundsituation vor. Auch nicht versorgungsbedürftige Freundsituationen werden für die Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne je Kiefer berücksichtigt. Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen.

Für lückenangrenzende Zähne nach den Befunden von Nr. 2 sind Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das Gleiche gilt bei einer Versorgung mit Freidbrücken für den Pfeilerzahn, der an den lückenangrenzenden Pfeilerzahn angrenzt.

Protokollnotiz:

Die Indikation für die Einbeziehung eines Weisheitszahns als Brückenanker bei Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.3 ist besonders kritisch zu bewerten.

Für Freidbrücken gilt: Leistungen im Rahmen der Regelversorgung bei Versorgung des nicht direkt lückenangrenzenden Pfeilerzahnes sind nach Bema und BEL II abzurechnen.

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
2.1 Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.	7b Planungsmodelle	0010 Modell
	91a Brückenanker (Metallische Vollkrone)	0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren
	91c Brückenanker (Metallische Teilkrone)	0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell
	92 Brückenspanne	0053 Modell nach Überabdruck
	19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er	0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator
	95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke	0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung
	98a Individuelle Abformung	0220 Bisswall
	89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone
	93 Adhäsivbrücke	0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone

Protokollnotiz:

Einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst im Frontzahnbereich bei Versicherten, die das 20. Lebensjahr vollendet haben, gelten als gleichartige Versorgung. Die Pfeilerzähne sollen karies- und füllungsfrei sein.

Material: NEM
Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>		
2.2 Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.	7b	Planungsmodelle	0010	Modell
	91a	Brückenanker (Metallische Vollkrone)	0023	Verwendung von Kunststoff
	91c	Brückenanker (Metallische Teilkrone)	0024	Galvanisieren
	92	Brückenspanne	0051	Sägemodell
	19	Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er	0052	Einzelstumpfmmodell
	95d	Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke	0053	Modell nach Überabdruck
	98a	Individuelle Abformung	0060	Zahnkranz
	89	Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0070	Zahnkranz sockeln
			0120	Mittelwertartikulator
			0201	Basis für Vorbissnahme
			0211	Individueller Löffel
			0213	Basis für Bissregistrierung
			0220	Bisswall
		0240	Übertragungskappe	
		0310	Provisorische Krone	
		0320	Formteil	
		1021	Vollkrone Metall	
		1022	Teilkrone	
		1031	Vorbereiten Krone	
		1100	Brückenglied	
		1500	Metallverbindung nach Brand	
		9330	Versandkosten	
			Material: NEM	
			Verbrauchsmaterial Praxis	
2.3 Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	7b	Planungsmodelle	0010	Modell
	91a	Brückenanker (Metallische Vollkrone)	0023	Verwendung von Kunststoff
	91c	Brückenanker (Metallische Teilkrone)	0024	Galvanisieren
	92	Brückenspanne	0051	Sägemodell
	19	Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er	0052	Einzelstumpfmmodell
	95d	Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke	0053	Modell nach Überabdruck
	98a	Individuelle Abformung	0060	Zahnkranz
	89	Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0070	Zahnkranz sockeln
			0120	Mittelwertartikulator
			0201	Basis für Vorbissnahme
			0211	Individueller Löffel
			0213	Basis für Bissregistrierung
			0220	Bisswall
		0240	Übertragungskappe	
		0310	Provisorische Krone	
		0320	Formteil	
		1021	Vollkrone Metall	
		1022	Teilkrone	
		1031	Vorbereiten Krone	
		1100	Brückenglied	
		1500	Metallverbindung nach Brand	
		9330	Versandkosten	
			Material: NEM	
			Verbrauchsmaterial Praxis	

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>		
2.4 Frontzahnücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	7b	Planungsmodelle	0010 Modell	
	91a	Brückenanker (Metallische Vollkrone)	0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren	
	91c	Brückenanker (Metallische Teilkrone)	0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell	
	92	Brückenspanne	0053 Modell nach Überabdruck	
	19	Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er	0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator	
	95d	Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke	0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung	
	98a	Individuelle Abformung	0220 Bisswall	
	89	Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone 1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis	
	2.5 An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn	7b	Planungsmodelle	0010 Modell
		91a	Brückenanker (Metallische Vollkrone)	0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren
		91c	Brückenanker (Metallische Teilkrone)	0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell
		92	Brückenspanne	0053 Modell nach Überabdruck
		19	Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er	0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator
95d		Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke	0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung	
98a		Individuelle Abformung	0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone 1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis	

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>
2.6 Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke	7b Planungsmodelle	0010 Modell
	19 Provisorische Brücke, Brückenanker	0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmmodell
	91e Geschiebe bei geteilten Brücken	0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmmodell
	95d Abnahme und Wiederbefestigung der provisorischen Brücke	0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln
	98a Individuelle Abformung	0211 Individueller Löffel 1331 Individuelles Geschiebe 1341 Konfektions-Geschiebe Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis Konfektioniertes Geschiebe
2.7 Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15 - 25 und 34 - 44), je Verblendung für einen ersetzen Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich	91b Brückenanker (Vestibulär verblendete Verblendkrone) abzüglich: 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone)	1024 Krone für vestibuläre Verblendung
		abzüglich: 1021 Vollkrone/Metall
	95d Abnahme und Wiederbefestigung der provisorischen Brücke	1500 Metallverbindung nach Brand
		1550 Konditionierung
		1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff
		1610 Zahnfleisch Kunststoff
		1620 Vestibuläre Verblendung Keramik
		1630 Zahnfleisch Keramik
		1640 Vestibuläre Verblendung Komposit
		1650 Zahnfleisch Komposit
9330 Versandkosten		

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

3. Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>
3.1. Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freiendsituationen (Lückensituation II), je Kiefer	7b Planungsmodelle	0010 Modell
	96a Partielle Prothese	0120 Mittelwertartikulator
Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar.	96b Partielle Prothese	0201 Basis für Vorbissnahme
	96c Partielle Prothese	0211 Individueller Löffel
	98a Individuelle Abformung	0212 Funktionslöffel
	98b Funktionsabdruck OK	0213 Basis für Bissregistrierung
	98c Funktionsabdruck UK	0220 Bisswall
	98g Metallbasis	1370 Schubverteilungsarm
	98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung	1550 Konditionierung
	98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen	1600 Vest. Verblendung Kunststoff
	89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	1610 Zahnfleisch Kunststoff
		1640 Vest. Verblendung Komposit
		1650 Zahnfleisch Komposit
		2010 Metallbasis
		2021 Einarmige Klammer
		2022 Inlayklammer
		2023 Fortlaufende Klammer
		2024 Bonyhardklammer
		2025 Kralle
		2026 Ney-Stiel
		2027 Auflage
		2028 Umgehungsbügel
		2031 Zweiarmige Klammer
		2032 Approximalklammer
		2033 Ringklammer
		2034 Rücklaufklammer
		2035 Bonyhardklammer
		2036 Doppelbogenklammer
		2041 Zweiarmige Klammer/Auflage
		2042 Approximalklammer/Auflage
		2043 Ringklammer/Auflage
		2044 Rücklaufklammer/Auflage
		2045 Bonyhardklammer/Auflage
		2046 Überwurfklammer/Auflage
		2050 Bonwill-Klammer
		2081 Rückenschutzplatte
		2082 Metallzahn
		2083 Metallkaufäche
		2110 Abschlussrand
		3010 Aufstellung Grundeinheit
		3020 Aufstellung Wachs je Zahn
		3030 Aufstellung Metall je Zahn
		3410 Übertragung je Zahn
		3610 Fertigstellung Grundeinheit
		3620 Fertigstellung je Zahn
		3801 Einarmige Klammer
		3802 Inlayklammer
		3803 Interdental-Knopfklammer
		3804 Approximalklammer
		3805 Auflage
		3806 Bonyhardklammer
		3811 Zweiarmige Klammer/Auflage
		3812 Bonyhardklammer/Auflage
		3813 Überwurfklammer

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

Regelversorgung
Zahnärztliche LeistungenRegelversorgung
Zahntechnische Leistungen

			3814 Doppelbogenklammer
			3821 Weichkunststoff
			3822 Sonderkunststoff
			3830 Zahn, zahnfarben hergestellt
			3840 Zahn, zahnfarben hinterlegen
			9330 Versandkosten
			Material: Zähne
			Verbrauchsmaterial Praxis
3.2 a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe	19 Provisorische Krone	0024 Galvanisieren	
	91d Teleskopkrone	0051 Sägemodell	
	24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums	0052 Einzelstumpfmodell	
		0053 Modell nach Überabdruck	
		0055 Fräsmodell	
b) einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen	98a Individuelle Abformung	0060 Zahnkranz	
		0070 Zahnkranz sockeln	
		0120 Mittelwertartikulator	
		0211 Individueller Löffel	
		0213 Basis für Bissregistrierung	
		0220 Bisswall	
		0240 Übertragungsskappe	
		0310 Provisorische Krone	
		1200 Teleskopkrone	
		2100 Lösungsknopf	
		9330 Versandkosten	
c) beidseitig im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen		abzüglich:	
		2041 Zweiarmige Klammer / Auflage	
		Material: NEM	
		Verbrauchsmaterial Praxis	

mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolaren. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar.

4. Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer

4.1 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer	7b Planungsmodelle	0010 Modell
	8g Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0120 Mittelwertartikulator
	96c Partielle Prothese	0201 Basis für Vorbissnahme
	97a Totalprothese OK	0211 Individueller Löffel
	98a Individuelle Abformung	0212 Funktionslöffel
	98b Funktionsabdruck OK	0213 Basis für Bissregistrierung
	98g Metallbasis	0215 Basis für Aufstellung
	98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung	0220 Bisswall
	98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen	1370 Schubverteilungsarm
		1550 Konditionierung
		1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff
		1610 Zahnfleisch Kunststoff

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

Regelversorgung
*Zahnärztliche Leistungen*Regelversorgung
Zahntechnische Leistungen

- 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite
- 1650 Zahnfleisch Komposite
- 2010 Metallbasis
- 2021 Einarmige Klammer
- 2022 Inlayklammer
- 2023 Fortlaufende Klammer
- 2024 Bonyhardklammer
- 2025 Kralle
- 2026 Ney-Stiel
- 2027 Auflage
- 2028 Umgebungsbügel
- 2031 Zweiarmige Klammer
- 2032 Approximalklammer
- 2033 Ringklammer
- 2034 Rücklaufklammer
- 2035 Bonyhardklammer/Gegenlager
- 2036 Doppelbogenklammer
- 2041 Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)
- 2042 Approximalklammer mit Auflage(n)
- 2043 Ringklammer mit Auflage(n)
- 2044 Rücklaufklammer mit Auflage(n)
- 2045 Bonyhardklammer mit Auflage(n)
- 2046 Überwurfklammer mit Auflage(n)
- 2050 Bonwillklammer
- 2081 Rückenschutzplatte
- 2082 Metallzahn
- 2083 Metallkaufäche
- 2110 Abschlussrand
- 2120 Zuschlag einzelne Klammer
- 3010 Aufstellung Grundeinheit
- 3020 Aufstellung Wachs je Zahn
- 3030 Aufstellung auf Metall je Zahn
- 3410 Übertragung je Zahn
- 3610 Fertigstellung Grundeinheit
- 3620 Fertigstellung je Zahn
- 3801 Einarmige Klammer
- 3802 Inlayklammer
- 3803 Interdental-Knopfklammer
- 3804 Approximalklammer
- 3805 Auflage
- 3806 Bonyhardklammer
- 3811 Zweiarmige Klammer / Auflage
- 3812 Bonyhardklammer / Auflage
- 3813 Überwurfklammer
- 3814 Doppelbogenklammer
- 3821 Weichkunststoff
- 3822 Sonderkunststoff
- 3830 Zahn zahnfarben hergestellt
- 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen
- 8060 Gegossenes Basisteil
- 9330 Versandkosten

Material:

Zähne

Verbrauchsmaterial Praxis

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>
4.2 Zahnloser Oberkiefer	7b Planungsmodelle 97a Totalprothese OK 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis
4.3 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer	7b Planungsmodelle 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen 96c Partielle Prothese 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 98c Funktionsabdruck UK 98g Metallbasis 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 1370 Schubverteilungsarm 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2010 Metallbasis 2021 Einarmige Klammer 2022 Inlayklammer 2023 Fortlaufende Klammer 2024 Bonyhardklammer 2025 Krallen 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige Klammer 2032 Approximalklammer 2033 Ringklammer 2034 Rücklaufklammer 2035 Bonyhardklammer/Gegenlager 2036 Doppelbogenklammer 2041 Zweiarmige Klammer mit Auflage(n) 2042 Approximalklammer mit Auflage(n) 2043 Ringklammer mit Auflage(n) 2044 Rücklaufklammer mit Auflage(n)

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

Regelversorgung
*Zahnärztliche Leistungen*Regelversorgung
Zahntechnische Leistungen

- 2045 Bonyhardklammer mit Auflage(n)
- 2046 Überwurfklammer mit Auflage(n)
- 2050 Bonwillklammer
- 2081 Rückenschutzplatte
- 2082 Metallzahn
- 2083 Metallkaufäche
- 2110 Abschlussrand
- 2120 Zuschlag einzelne Klammer
- 3010 Aufstellung Grundeinheit
- 3020 Aufstellung Wachs je Zahn
- 3030 Aufstellung auf Metall je Zahn
- 3410 Übertragung je Zahn
- 3610 Fertigstellung Grundeinheit
- 3620 Fertigstellung je Zahn
- 3801 Einarmige Klammer
- 3802 Inlayklammer
- 3803 Interdental-Knopfklammer
- 3804 Approximalklammer
- 3805 Auflage
- 3806 Bonyhardklammer
- 3811 Zweiarmige Klammer / Auflage
- 3812 Bonyhardklammer / Auflage
- 3813 Überwurfklammer
- 3814 Doppelbogenklammer
- 3821 Weichkunststoff
- 3822 Sonderkunststoff
- 3830 Zahn zahnfarben hergestellt
- 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen
- 8060 Gegossenes Basisteil
- 9330 Versandkosten

Material: Zähne
Verbrauchsmaterial Praxis

4.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
4.4 Zahnloser Unterkiefer	7b Planungsmodelle 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 98c Funktionsabdruck UK 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis
4.5 Notwendigkeit einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer <i>Protokollnotiz: Gemäß Nr. 30 der Zahnersatz-Richtlinien geht bei totalen Prothesen in der Regel eine Metallbasis über das Gebot der Wirtschaftlichkeit hinaus und unterliegt der Leistungspflicht der Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Torus palatinus und Exostosen).</i>	98e Metallbasis	1550 Konditionieren 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 2010 Metallbasis 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkauffläche 2110 Abschlussrand 3030 Aufstellung Metall je Zahn abzüglich: 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3410 Übertragung je Zahn
4.6 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn <i>Protokollnotiz: Werden andere Verbindungselemente als Teleskopkronen für eine dentale Verankerung verwendet, ist die Indikation besonders sorgfältig zu stellen.</i>	19 Provisorische Krone 91d Teleskopkrone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung	0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpffmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmo- del 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 1200 Teleskopkrone 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
4.7 Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15-25 und 34-44), Zuschlag je Ankerzahn		1550 Konditionieren 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite
4.8 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn	19 Provisorische Krone 21 Provisorische Krone mit Stift 90 Wurzelstiftkappe 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung	0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0310 Provisorische Krone 1013 Wurzelstiftkappe 1343 Konfektionsanker 9330 Versandkosten Material: NEM Konfektionsanker Verbrauchsmaterial Praxis
4.9 Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Notwendigkeit einer Stützstiftregistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund	98d Intraorale Stützstiftregistrierung	0112 Fixator 0201 Basis für Vorbissnahme 0214 Basis für Stützstiftregistrierung 0220 Bisswall 0230 Registrierplatte und -stift auf Basen 9330 Versandkosten Material: Materialkosten Registrierplatte

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

5. Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist

Protokollnotiz:

Die Zahl der fehlenden Zähne ist ausschlaggebend für den Befund nach 5.1 bis 5.3, in dem zu versorgenden Gebiet. Befund 5.4 ist nur ansetzbar bei zahnlosem Kiefer.

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	
5.1 Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	7b	Planungsmodelle	0010 Modell
	96a	Partielle Prothese	0120 Mittelwertartikulator
	98a	Individuelle Abformung	0201 Basis für Vorbissnahme
	98f	Halte- und Stützvorrichtungen	0211 Individueller Löffel
			0213 Basis für Bissregistrierung
			0215 Basis für Aufstellung
	89	Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0220 Bisswall
			2021 Einarmige Klammer
			2022 Inlayklammer
			2023 Fortlaufende Klammer
		2024 Bonyhardklammer	
		2025 Krallen	
		2026 Ney-Stiel	
		2027 Auflage	
		2028 Umgebungsbügel	
		2031 Zweiarmige Klammer	
		2032 Approximalklammer	
		2033 Ringklammer	
		2034 Rücklaufklammer	
		2035 Bonyhardklammer	
		2036 Doppelbogenklammer	
		2041 Zweiarmige Klammer/Auflage	
		2042 Approximalklammer/Auflage	
		2043 Ringklammer/Auflage	
		2044 Rücklaufklammer/Auflage	
		2045 Bonyhardklammer/Auflage	
		2046 Überwurfklammer/Auflage	
		2050 Bonwill-Klammer	
		2120 Zuschlag einzelne Klammer	
		3010 Aufstellung Grundeinheit	
		3020 Aufstellen der Zähne	
		3610 Fertigstellung Grundeinheit	
		3620 Fertigstellung je Zahn	
		3801 Einarmige Klammer	
		3802 Inlayklammer	
		3803 Interdental-Knopfklammer	
		3804 Approximalklammer	
		3805 Auflage	
		3806 Bonyhardklammer	
		3811 Zweiarmige Klammer/Auflage	
		3812 Bonyhardklammer/Auflage	
		3813 Überwurfklammer	
		3814 Doppelbogenklammer	
		9330 Versandkosten	
		Material: Zähne	
		Verbrauchsmaterial Praxis	

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>
5.2 Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	7b Planungsmodelle	0010 Modell
	96b Partielle Prothese	0120 Mittelwertartikulator
	98a Individuelle Abformung	0201 Basis für Vorbissnahme
	98f Halte- und Stützvorrichtungen	0211 Individueller Löffel
		0213 Basis für Bissregistrierung
	89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0215 Basis für Aufstellung
		0220 Bisswall
		2021 Einarmige Klammer
		2022 Inlayklammer
		2023 Fortlaufende Klammer
	2024 Bonyhardklammer	
	2025 Kralle	
	2026 Ney-Stiel	
	2027 Auflage	
	2028 Umgehungsbügel	
	2031 Zweiarmige Klammer	
	2032 Approximalklammer	
	2033 Ringklammer	
	2034 Rücklaufklammer	
	2035 Bonyhardklammer	
	2036 Doppelbogenklammer	
	2041 Zweiarmige Klammer/Auflage	
	2042 Approximalklammer/Auflage	
	2043 Ringklammer/Auflage	
	2044 Rücklaufklammer/Auflage	
	2045 Bonyhardklammer/Auflage	
	2046 Überwurfklammer/Auflage	
	2050 Bonwill-Klammer	
	2120 Zuschlag einzelne Klammer	
	3010 Aufstellung Grundeinheit	
	3020 Aufstellen der Zähne	
	3610 Fertigstellung Grundeinheit	
	3620 Fertigstellung je Zahn	
	3801 Einarmige Klammer	
	3802 Inlayklammer	
	3803 Interdental-Knopfklammer	
	3804 Approximalklammer	
	3805 Auflage	
	3806 Bonyhardklammer	
	3811 Zweiarmige Klammer/Auflage	
	3812 Bonyhardklammer/Auflage	
	3813 Überwurfklammer	
	3814 Doppelbogenklammer	
	9330 Versandkosten	
	Material: Zähne	
	Verbrauchsmaterial Praxis	

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>		
5.3 Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	7b	Planungsmodelle	0010	Modell
	96c	Partielle Prothese	0120	Mittelwertartikulator
	98a	Individuelle Abformung	0201	Basis für Vorbissnahme
	98b	Funktionsabdruck OK	0211	Individueller Löffel
	98c	Funktionsabdruck UK	0212	Funktionslöffel
	98f	Halte- und Stütz- vorrichtungen	0213	Basis für Bissregistrierung
	8g	Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0215	Basis für Aufstellung
			0220	Bisswall
			2021	Einarmige Klammer
			2022	Inlayklammer
			2023	Fortlaufende Klammer
			2024	Bonyhardklammer
			2025	Kralle
		2026	Ney-Stiel	
		2027	Auflage	
		2028	Umgebungsbügel	
		2031	Zweiarmige Klammer	
		2032	Approximalklammer	
		2033	Ringklammer	
		2034	Rücklaufklammer	
		2035	Bonyhardklammer	
		2036	Doppelbogenklammer	
		2041	Zweiarmige Klammer/Auflage	
		2042	Approximalklammer/Auflage	
		2043	Ringklammer/Auflage	
		2044	Rücklaufklammer/Auflage	
		2045	Bonyhardklammer/Auflage	
		2046	Überwurfklammer/Auflage	
		2050	Bonwill-Klammer	
		2120	Zuschlag einz. Klammer	
		3010	Aufstellung Grundeinheit	
		3020	Aufstellen der Zähne	
		3610	Fertigstellung Grundeinheit	
		3620	Fertigstellung je Zahn	
		3801	Einarmige Klammer	
		3802	Inlayklammer	
		3803	Interdental-Knopfklammer	
		3804	Approximalklammer	
		3805	Auflage	
		3806	Bonyhardklammer	
		3811	Zweiarmige Klammer / Auflage	
		3812	Bonyhardklammer / Auflage	
		3813	Überwurfklammer	
		3814	Doppelbogenklammer	
		9330	Versandkosten	
			Material: Zähne	
			Verbrauchsmaterial Praxis	

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

5.4 Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer

**Regelversorgung
Zahnärztliche Leistungen**

97a Totalprothese OK
 97b Totalprothese UK
 98a Individuelle Abformung
 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen

**Regelversorgung
Zahntechnische Leistungen**

0010 Modell
 0120 Mittelwertartikulator
 0201 Basis für Vorbissnahme
 0211 Individueller Löffel
 0212 Funktionslöffel
 0213 Basis für Bissregistrierung
 0215 Basis für Aufstellung
 0220 Bisswall
 3010 Aufstellung Grundeinheit
 3020 Aufstellung Wachs je Zahn
 3610 Fertigstellung Grundeinheit
 3620 Fertigstellung je Zahn
 9330 Versandkosten
 Material: Zähne
 Verbrauchsmaterial Praxis

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

6. Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz

Protokollnotiz:

Für die Einstufung einer Wiederherstellung als Regel-, gleich- oder andersartige Versorgung ist nicht die Art der wiederherzustellenden Versorgung maßgeblich. Liegen die Voraussetzungen einer Befundbeschreibung nach 6.0 - 6.10 vor und ist die jeweilige Wiederherstellungsmaßnahme als Regelversorgung abgebildet, handelt es sich um eine Wiederherstellung innerhalb der Regelversorgung.

6.0 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Erfordernis der Abformung und ohne Erfordernis zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese	89 100a	Beseitigung von Artikulationsstörungen Wiederherstellung ohne Abformung	Material: Verbrauchsmaterial Praxis
6.1 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Erfordernis der Abformung, je Prothese	89 100a	Beseitigung von Artikulationsstörungen Wiederherstellung ohne Abformung	0010 Modell 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis
6.2 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Notwendigkeit der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese	89 98f 100b	Beseitigung von Artikulationsstörungen Halte- und Stützvorrichtungen Wiederherstellung mit Abformung	0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0220 Bisswall 1347 Primär-/Sek.-Teil Konf.-Anker 1349 Sekundärteil wiederbefestigen 3801 Einarmige Klammer 3802 Inlayklammer 3803 Interdental-Knopfklammer 3804 Approximalklammer 3805 Auflage 3806 Bonyhardklammer 3811 Zweiarmige Klammer / Auflage 3812 Bonyhardklammer / Auflage 3813 Überwurfklammer 3814 Doppelbogenklammer 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

Regelversorgung
Zahnärztliche LeistungenRegelversorgung
Zahntechnische Leistungen

6.3 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese

89 Beseitigung von Artikulationsstörungen
 98f Halte- und Stützvorrichtungen
 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung
 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen
 100b Wiederherstellung mit Abformung

8024 LE Basisteil Kunststoff
 8025 LE Klammer einarbeiten
 8030 Retention, gebogen
 8130 Auswechseln Konfektionsteil
 9330 Versandkosten

Material:
 Zähne
 Verbrauchsmaterial Praxis

0010 Modell
 0023 Verwendung von Kunststoff
 0053 Modell nach Überabdruck
 0112 Fixator
 0120 Mittelwertartikulator
 1347 Primär-/Sek.-Teil Konf.-Anker
 1349 Sekundärteil wiederbefestigen
 1370 Schubverteilungsarm
 1550 Konditionierung
 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff
 1610 Zahnfleisch Kunststoff
 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite
 1650 Zahnfleisch Komposite
 2021 Einarmige Klammer
 2022 Inlayklammer
 2023 Fortlaufende Klammer
 2024 Bonyhardklammer
 2025 Kralle
 2026 Ney-Stiel
 2027 Auflage
 2028 Umgehungsbügel
 2031 Zweiarmige Klammer
 2032 Approximalklammer
 2033 Ringklammer
 2034 Rücklaufklammer
 2035 Bonyhardklammer
 2036 Doppelbogenklammer
 2041 Zweiarmige Klammer/Auflage
 2042 Approximalklammer/Auflage
 2043 Ringklammer/Auflage
 2044 Rücklaufklammer/Auflage
 2045 Bonyhardklammer/Auflage
 2046 Überwurfklammer/Auflage
 2050 Bonwillklammer
 2081 Rückenschutzplatte
 2082 Metallzahn
 2083 Metallkaufäche
 2120 Zuschlag einzelne Klammer
 3801 Einarmige Klammer
 3802 Inlayklammer

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

Regelversorgung
Zahnärztliche LeistungenRegelversorgung
Zahntechnische Leistungen

3803 Interdental-Knopfklammer
 3804 Approximalklammer
 3805 Auflage
 3806 Bonyhardklammer
 3811 Zweiarmige Klammer/Auflage
 3812 Bonyhardklammer/Auflage
 3813 Überwurfklammer
 3814 Doppelbogenklammer
 3830 Zahn zahnfarben hergestellt
 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen
 8010 Grundeinheit
 8021 LE Sprung
 8022 LE Bruch
 8023 LE Einarbeiten Zahn
 8024 LE Basisteil Kunststoff
 8025 LE Klammer einarbeiten
 8026 LE Rückenschutzplatte
 8027 LE Kunststoffsattel
 8030 Retention, gebogen
 8040 Retention, gegossen
 8060 gegossenes Basisteil
 8070 Metallverbindung
 8130 Auswechseln Konfektionsteil
 9330 Versandkosten

Material:

Zähne

Verbrauchsmaterial Praxis

6.4 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn

100b Wiederherstellung mit Abformung
 98f Halte- und Stützvorrichtungen
 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen

0010 Modell
 0053 Modell nach Überabdruck
 0112 Fixator
 0120 Mittelwertartikulator
 0201 Basis für Vorbissnahme
 0213 Basis für Bissregistrierung
 0220 Bisswall
 1349 Wiederbefestigung Sekundärteil
 3801 Einarmige Klammer
 3802 Inlayklammer
 3803 Interdental-Knopfklammer
 3804 Approximalklammer
 3805 Auflage
 3806 Bonyhardklammer
 3811 Zweiarmige Klammer/Auflage
 3812 Bonyhardklammer/Auflage
 3813 Überwurfklammer
 3814 Doppelbogenklammer
 3830 Zahn zahnfarben hergestellt
 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen
 8010 Grundeinheit
 8021 LE Sprung
 8022 LE Bruch
 8023 LE Einarbeiten Zahn
 8024 LE Basisteil Kunststoff

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

Regelversorgung
Zahnärztliche LeistungenRegelversorgung
Zahntechnische Leistungen

6.4.1 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn

8025 LE Klammer einarbeiten
8030 Gebogene Retention
8130 Auswechseln Konfektionsteil
9330 Versandkosten
Material:
Zähne
Verbrauchsmaterial Praxis

0010 Modell
0053 Modell nach Überabdruck
0112 Fixator
0120 Mittelwertartikulator
0201 Basis für Vorbissnahme
0213 Basis für Bissregistrierung
0220 Bisswall
1349 Wiederbefestigung Sekundärteil
3801 Einarmige Klammer
3802 Inlayklammer
3803 Interdental-Knopfklammer
3804 Approximalklammer
3805 Auflage
3806 Bonyhardklammer
3811 Zweiarmige Klammer/Auflage
3812 Bonyhardklammer/Auflage
3813 Überwurfklammer
3814 Doppelbogenklammer
3830 Zahn/zahnfarben hergestellt
3840 Zahn/zahnfarben hinterlegen
8010 Grundeinheit Instandsetzung
8021 LE Sprung
8022 LE Bruch
8023 LE Einarbeiten Zahn
8024 LE Basisteil Kunststoff
8025 LE Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten
8030 Retention gebogen
8130 Auswechseln Konfektionsteil
9330 Versandkosten
Material:
Zähne
Verbrauchsmaterial Praxis

6.5 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn

100b Wiederherstellung mit Abformung
98f Halte- und Stützvorrichtungen
98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung
98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen
89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen

0010 Modell
0053 Modell nach Überabdruck
0112 Fixator
0120 Mittelwertartikulator
0201 Basis für Vorbissnahme
0213 Basis für Bissregistrierung
0220 Bisswall
1349 Wiederbefestigung Sekundärteil
1550 Konditionierung
1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff
1610 Zahnfleisch Kunststoff
1640 Vestibuläre Verblendung Komposite
1650 Zahnfleisch Komposite
2021 Einarmige Klammer

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

Regelversorgung
Zahnärztliche LeistungenRegelversorgung
Zahntechnische Leistungen

2022 Inlayklammer
 2023 Fortlaufende Klammer
 2024 Bonyhardklammer
 2025 Krallen
 2026 Ney-Stiel
 2027 Auflage
 2028 Umgebungsbügel
 2031 Zweiarmige Klammer
 2032 Approximalklammer
 2033 Ringklammer
 2034 Rücklaufklammer
 2035 Bonyhardklammer/Gegenlager
 2036 Doppelbogenklammer
 2041 Zweiarmige Klammer/Auflage
 2042 Approximalklammer/Auflage
 2043 Ringklammer/Auflage
 2044 Rücklaufklammer/Auflage
 2045 Bonyhardklammer/Auflage
 2046 Überwurfklammer / Auflage
 2050 Bonwillklammer
 2081 Rückenschutzplatte
 2082 Metallzahn
 2083 Metallkauffläche
 2110 Abschlussrand
 2120 Zuschlag einzelne Klammer
 3830 Zahn zahnfarben hergestellt
 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen
 8010 Grundeinheit
 8021 LE Sprung
 8022 LE Bruch
 8023 LE Einarbeiten Zahn
 8024 LE Basisteil Kunststoff
 8025 LE Klammer einarbeiten
 8026 LE Rückenschutzplatte
 8027 LE Kunststoffsattel
 8030 Gebogene Retention
 8040 Gegossene Retention
 8060 Gegossenes Basisteil
 8070 Metallverbindung
 8130 Auswechseln Konfektionsteil
 9330 Versandkosten
 Material:
 Zähne
 Verbrauchsmaterial Praxis

6.5.1 **Prothetisch versorgtes
 Gebiss mit Befundveränderung
 mit erweiterungsbedürftiger
 herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung
 mit Maßnahmen im gegossenen
 Metallbereich, je Prothese
 bei Erweiterung um jeden
 weiteren Zahn**

0010 Modell
 0053 Modell nach Überabdruck
 0112 Fixator
 0120 Mittelwertartikulator
 0201 Basis für Vorbissnahme
 0213 Basis für Bissregistrierung
 0220 Bisswall
 1349 Wiederbefestigung Sekundärteil
 1550 Konditionierung
 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff
 1610 Zahnfleisch Kunststoff
 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

Regelversorgung
Zahnärztliche LeistungenRegelversorgung
Zahntechnische Leistungen**6.6 Verändertes Prothesenlager
bei erhaltungswürdigem Teil-
Zahnersatz, je Prothese**

		1650 Zahnfleisch Komposite
		2021 Einarmige Klammer
		2022 Inlayklammer
		2023 Fortlaufende Klammer
		2024 Bonyhardklammer
		2025 Kralle
		2026 Ney-Stiel
		2027 Auflage
		2028 Umgehungsbügel
		2031 Zweiarmige Klammer
		2032 Approximalklammer
		2033 Ringklammer
		2034 Rücklaufklammer
		2035 Bonyhardklammer/Gegenlager
		2036 Doppelbogenklammer
		2041 Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)
		2042 Approximalklammer mit Auflage(n)
		2043 Ringklammer mit Auflage(n)
		2044 Rücklaufklammer mit Auflage(n)
		2045 Bonyhardklammer mit Auflage(n)
		2046 Überwurfklammer mit Auflage(n)
		2050 Bonwillklammer
		2081 Rückenschutzplatte
		2082 Metallzahn
		2083 Metallkaufäche
		2110 Abschlussrand
		2120 Zuschlag einzelne Klammer
		3830 Zahn zahnfarben hergestellt
		3840 Zahn zahnfarben hinterlegen
		8010 Grundeinheit Instandsetzung
		8021 LE Sprung
		8022 LE Bruch
		8023 LE Einarbeiten Zahn
		8024 LE Basisteil Kunststoff
		8025 LE Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten
		8026 LE Rückenschutzplatte einarbeiten
		8027 LE Kunststoffsattel
		8030 Retention, gebogen
		8040 Retention, gegossen
		8060 Gegossenes Basisteil
		8070 Metallverbindung/Wiederherstellung
		8130 Auswechseln Konfektionsteil
		9330 Versandkosten
		Material:
		Zähne
		Verbrauchsmaterial Praxis
	89 Beseitigung von Artikulationsstörungen	0010 Modell
	100c Teilunterfütterung	0023 Verwendung von Kunststoff
	100d Vollständige Unterfütterung	0112 Fixator
	100e Vollständige Unterfütterung mit funktioneller Randgestaltung OK	3821 Weichkunststoff
	100f Vollständige Unterfütterung mit funktioneller Randgestaltung UK	3822 Sonderkunststoff
		8080 Teilunterfütterung
		8090 Vollst. Unterfütterung
		8100 Prothesenbasis erneuern
		9330 Versandkosten
		Material

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	
6.7 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhautgetragener Deckprothese, je Kiefer	89	Beseitigung von Artikulationsstörungen	0010 Modell
	100c	Teilunterfütterung	0023 Verwendung von Kunststoff
	100d	Vollständige Unterfütterung	0112 Fixator
	100e	Vollständige Unterfütterung mit funktioneller Randgestaltung OK	3821 Weichkunststoff
			3822 Sonderkunststoff
	100f	Vollständige Unterfütterung mit funktioneller Randgestaltung UK	8080 Teilunterfütterung
		8090 Vollst. Unterfütterung	
		8100 Prothesenbasis erneuern	
		9330 Versandkosten Material	
6.8 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn	19	Provisorische Krone	0010 Modell
	24a	Wiedereinsetzen einer Krone, eines Brückenankers	0022 Platzhalter einfügen
	24c	Abnahme von provisorischen Kronen	0051 Sägemodell
			0052 Einzelstumpfmodell
	89	Beseitigung von Artikulationsstörungen	0053 Modell nach Überabdruck
	95a	Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern	0120 Mittelwertartikulator
	95b	Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern	1500 Metallverbindung nach Brand
	95d	Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke	8070 Metallverbindung
		8200 Reparatur Krone/Brückenglied	
		9330 Versandkosten Material	
6.9 Wiederherstellungsbedürftige Facette/Verblendung (auch wiedereinsetzbar oder erneuerungsbedürftig) im Verblendbereich an einer Krone, einem Sekundärteleskop, einem Brückenanker oder einem Brückenglied, je Verblendung	19	Provisorische Krone	0010 Modell
	24b	Wiedereinsetzen/ Erneuerung einer Facette	0022 Platzhalter einfügen
	24c	Abnahme von provisorischen Kronen	0023 Verwendung von Kunststoff
			0051 Sägemodell
	89	Beseitigung von Artikulationsstörungen	0052 Einzelstumpfmodell
			0053 Modell nach Überabdruck
	95c	Wiedereinsetzen/ Erneuerung einer Facette	0120 Mittelwertartikulator
			0320 Formteil
	95d	Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke	1550 Konditionierung
			1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff
		1610 Zahnfleisch aus Kunststoff	
		1620 Vestibuläre Verblendung Keramik	
		1630 Zahnfleisch Keramik	
		1640 Vestibuläre Verblendung Komposite	
		1650 Zahnfleisch Komposite	
		8010 Grundeinheit Instandsetzung	
		8070 Metallverbindung	
		8200 Reparatur Krone/Brückenglied	
		9330 Versandkosten Material	

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

**6.10 Erneuerungsbedürftiges
Primär- oder Sekundär-
teleskop, je Zahn**

*Protokollnotiz:
Die Versorgung ist bei Vor-
liegen der Befunde 3.2 oder
4.6 Regelversorgung. Der
Befund ist nicht ansetzbar,
wenn an einem Zahn sowohl
Primär- als auch Sekundär-
teleskop erneuert oder erwei-
tert werden.*

**Regelversorgung
Zahnärztliche Leistungen**

- 91d Teleskopkrone –
halbe Gebühr
19 Provisorische Krone
24c Abnahme und Wieder-
eingliederung eines
Provisoriums
98a Individuelle Abformung

**Regelversorgung
Zahntechnische Leistungen**

- 0010 Modell
0023 Verwendung von Kunststoff
0051 Sägemodell
0052 Einzelstumpfmodell
0053 Modell nach Überabdruck
0055 Fräsmodell
0060 Zahnkranz
0070 Zahnkranz sockeln
0120 Mittelwertartikulator
0211 Individueller Löffel
1201 Telesk. Primär- o. Sekundärkrone
9330 Versandkosten
Material: NEM
Verbrauchsmaterial Praxis

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

7. Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	
7.1 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnücke), je implantatgetragene Krone	7b	Planungsmodelle	0010 Modell
	20a	Metallische Vollkrone	0022 Platzhalter einfügen
	19	Provisorische Krone	0023 Verwendung von Kunststoff
	24c	Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums	0051 Sägemodell
			0052 Einzelstumpfmmodell
	98a	Individuelle Abformung	0053 Modell nach Überabdruck
			0055 Fräsmodell
			0060 Zahnkranz
			0070 Zahnkranz sockeln
			0120 Mittelwertartikulator
0211 Individueller Löffel			
0213 Basis für Bissregistrierung			
0220 Bisswall			
0240 Übertragungskappe			
0310 Provisorische Krone			
1021 Vollkrone / Metall	1360 Geprüftes Lager		
9330 Versandkosten	Material: NEM	Verbrauchsmaterial Praxis	
7.2 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach Nr. 7.1 hinausgeht, je implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer	7b	Planungsmodelle	0010 Modell
	92	Brückenspanne	0022 Platzhalter einfügen
	19	Provisorische Brücke	0023 Verwendung von Kunststoff
			0024 Galvanisieren
	95d	Abnahme und Wiedereingliederung einer provisorischen Brücke	0051 Sägemodell
			0052 Einzelstumpfmmodell
	98a	Individuelle Abformung	0053 Modell nach Überabdruck
			0060 Zahnkranz
			0070 Zahnkranz sockeln
			0120 Mittelwertartikulator
0201 Basis für Vorbissnahme			
0211 Löffel			
0213 Basis für Bissregistrierung			
0220 Bisswall			
0240 Übertragungskappe			
0310 Provisorische Krone			
0320 Formteil	1100 Brückenglied		
1500 Metallverbindung nach Brand	9330 Versandkosten	Material: NEM	Verbrauchsmaterial Praxis

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>
7.3 Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette	24b Wiedereinsetzen/ Erneuerung einer Facette	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0023 Verwendung von Kunststoff 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 0320 Formteil 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1620 Vestibuläre Verblendung Keramik 1630 Zahnfleisch Keramik 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone / Brückenglied 9330 Versandkosten Material
	95c Wiedereinsetzen/ Erneuerung einer Facette	
	19 Provisorische Krone	
7.4 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer oder zu verschraubender Zahnersatz, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker	24a Wiedereinsetzen einer Krone, eines Brückenankers	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 1500 Metallverbindung nach Brand 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone / Brückenglied 9330 Versandkosten Material
	95a Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern	
	95b Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern	
	19 Provisorische Krone	
7.5 Erneuerungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion	7b Planungsmodelle	0010 Modell
	97a Totalprothese OK	0120 Mittelwertartikulator
	97b Totalprothese UK	0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis
	98a Individuelle Abformung	
	98b Funktionsabdruck OK	
	98c Funktionsabdruck UK	
	89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde	Regelversorgung <i>Zahnärztliche Leistungen</i>	Regelversorgung <i>Zahntechnische Leistungen</i>
7.6 Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je implantatgetragendem Konnektor als Zuschlag zum Befund nach Nr. 7.5, höchstens viermal je Kiefer	24a Wiedereinsetzen einer Krone, eines Brückenankers	0010 Modell
	95a Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern	0051 Sägemodell
	95b Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern	0052 Einzelstumpfmodell
	19 Provisorische Krone	0053 Modell nach Überabdruck
		0120 Mittelwertartikulator
		1500 Metallverbindung nach Brand
		8070 Metallverbindung
		8200 Reparatur Krone/ Brückenglied
		9330 Versandkosten Material
7.7 Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion	100ai Wiederherstellung ohne Abformung	0010 Modell
	100bi Wiederherstellung mit Abformung	0018 Modell bei Implantatversorgung
	100ci Teilunterfütterung	0112 Fixator
	100di Vollständige Unterfütterung	0128 Mittelwertartikulator bei Implantatversorgung
	100ei Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung OK	3821 Weichkunststoff
	100fi Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung UK	3822 Sonderkunststoff
		3830 Zahn zahnfarben hergestellt
		3840 Zahn zahnfarben hinterlegen
		8018 Grundeinheit
		Instandsetzung/implantatgest.
	8021 LE Sprung	
	8022 LE Bruch	
	8023 LE Einarbeiten Zahn	
	8024 LE Basisteil Kunststoff	
	8088 Teilunterfütterung/implantatgest.	
	8098 Vollständige Unterfütterung/implantatgest.	
	8108 Prothesenbasis erneuern bei Implantatvers.	
	9338 Versandkosten bei Implantatvers. Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis	

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

8. Nicht vollendete Behandlung (Teilleistungen)**Befunde****Regelversorgung
Zahnärztliche Leistungen****Regelversorgung
Zahntechnische Leistungen****8.1 Befund nach Präparation eines
erhaltungswürdigen Zahnes,
einer Teleskopkrone oder einer
Wurzelstiftkappe**

50 v.H. des Festzuschusses
für den Befund nach den Nrn.
1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8
sind ansetzbar.

**8.2 Befund nach Präparation eines
erhaltungswürdigen Zahnes,
einer Teleskopkrone oder einer
Wurzelstiftkappe, wenn auch
weitergehende Maßnahmen
durchgeführt worden sind**

75 v.H. des Festzuschusses für
den Befund nach den Nrn. 1.1,
1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind
ansetzbar.

Ggf. sind die Festzuschüsse für
den Befund nach den Nrn. 1.3
oder 4.7 ansetzbar.

**8.3 Befund nach Präparation der
Ankerzähne einer Brücke**

50 v.H. der Festzuschüsse für
die Befunde nach den Nrn. 2.1
bis 2.5 sind ansetzbar.

**8.4 Befund nach Präparation der
Ankerzähne einer Brücke,
wenn auch weitergehende
Maßnahmen durchgeführt
worden sind**

75 v.H. der Festzuschüsse für
die Befunde nach den Nrn. 2.1
bis 2.5 sind ansetzbar.

Ggf. sind die Festzuschüsse für
den Befund nach Nr. 2.7 für
die Ankerzähne oder für die
Brückenzwischenglieder
ansetzbar.

4 A.

Festzuschuss-Richtlinien

Befunde

Regelversorgung
Zahnärztliche LeistungenRegelversorgung
Zahntechnische Leistungen

8.5 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese

50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar.

8.6 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind

75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar.

Ggf. sind die Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 4.5 oder 4.9 ansetzbar.

Berlin, den 20. Mai 2010

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Hess

5.

**Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und
Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung
vom 04. Juni 2003 und vom 24. September 2003
in der ab 01. Januar 2004 gültigen Fassung**

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien**A. Allgemeines**

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

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien**B. 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.

Kieferorthopädie-Richtlinien

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.

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien

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 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.

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien

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

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien

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

Grad Indikationsgruppen (Befunde)	1					2				3			4		5
	Kraniofaziale Anomalie	A													
Zahnunterzahl (Aplasie oder Zahnverlust)	U														Unterzahl (nur wenn präprothetische Kiefer- orthopädie oder kiefer- orthopädischer Lucken- schluss indiziert)
Durchbruchstörungen	S														Retention (außer 8er)
Sagittale Stufe	distal	bis 3				über 3, bis 6									über 6, bis 9
	mesial	M													0 bis 3
Vertikale Stufe	offen (auch seitlich)	bis 1				über 1, bis 2									über 4
	tief	über 1, bis 3				über 3 ohne/mit Gingivakontakt									über 4 habituell offen
Transversale Abweichung	B														Bukkal-/Lingual - Okklusion
	K					Kopfbiss									einseitiger Kreuzbiss
Kontaktpunktabweichung Engstand	E	unter 1				über 1, bis 3									über 3, bis 5
Platzmangel	P					bis 3									über 3, bis 4

Alle Zahlenangaben in mm

**Anlage 1
zu Abschnitt B Nr.3
(jetzt Nr. 2) der KFO –
Richtlinien in der
Fassung des Beschlusses
vom 17.08.2001**

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien**Anlage 2 zu Abschnitt B Nr. 3 (jetzt Nr. 2) der KFO-Richtlinien
in der Fassung des Beschlusses vom 17.08.2001****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 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.

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien**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.

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien***M Sagittale Stufe – mesial***

Die Messung der sagittalen Frontzahnstufe erfolgt in habitueller Okklusion in der Horizontalebene von der Labialfläche der Schneidekante des am weitesten vordringenden 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.

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien

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.

5.

Kieferorthopädie-Richtlinien**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 medialen, 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.

**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.

6.

**Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und
Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs-
und Behandlungsmethoden und die Überprüfung erbrachter
vertragszahnärztlicher Leistungen vom 10. Dezember 1999
in der ab 01. März 2000 gültigen Fassung
Bundesanzeiger Nr. 41 vom 29. Februar 2000, Seite 3045**

**Diese Richtlinie ist zum 31.03.2006 aufgehoben worden.
Entsprechende Abschnitte finden Sie jetzt in der
Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
nachzulesen im Internet unter www.g-ba.de.**

7.

**Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen
Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte)**

**in der Neufassung vom 14. August 2007,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, S. 7673,
in Kraft getreten am 1. Oktober 2007**

**geändert am 17. Juni 2010,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010, Nr. 136, S. 3098,
in Kraft getreten am 10. September 2010**

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien**§1 Allgemeines**

¹Der Gemeinsame Bundesausschuss strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. ²Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber die Verständlichkeit und die Klarheit der Richtlinie erheblich einschränken. ³Die in dieser Richtlinie verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

§2 Zweck und Regelungsbereich

- (1) ¹Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 9 und § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dient der Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit dem Ziele, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige zahnärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfasst, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen. ²Die Richtlinie gewährleistet einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren über die

Festsetzung der Planungsbereiche (§ 3),

Feststellung des Standes der zahnärztlichen Versorgung (§ 4),

Ermittlung und Beurteilung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades in der zahnärztlichen Versorgung (§ 5),

Feststellung und Beurteilung einer zahnärztlichen Unterversorgung oder einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung (§ 6) und

zahnärztliche Überversorgung (§ 7).

- (2) Im Rahmen des Zusammenwirkens von Zahnärzten und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung stellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an zahnärztlicher Versorgung darstellen sowie die Kriterien für die Feststellung einer Unterversorgung enthalten.

§3 Festsetzung der Planungsbereiche

- (1) ¹Im Rahmen des für den Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder im Falle des § 12 Abs. 2 Satz 2 der Zulassungsordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) für den Bereich mehrerer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen aufzustellenden Bedarfsplanes setzen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die einzelnen Planungsbereiche fest. ²Die regionalen Planungsbereiche sollen den kreisfreien Städten, den Landkreisen oder Kreisregionen in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung entsprechen. ³Bei der Abgrenzung sind Abweichungen zulässig. ⁴Es sind Planungsbereiche für die zahnärztliche Versorgung und für die kieferorthopädische Versorgung zu bilden.

- (2) ¹Die kleinste Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die zahnärztliche Versorgung. ²Bei seiner Festsetzung ist von der kommunalen Gliederung auszugehen. ³Die Untergliederung von Gemeinden, insbesondere von Großstädten, ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Absatz 4 gestellten Anforderung notwendig machen. ⁴Eine Zusammenfassung von Gemeinden ist möglich, soweit die in Absatz 4 gestellte Anforderung nicht beeinträchtigt wird.
- (3) ¹Die nächst größere Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die kieferorthopädische Versorgung. ²Im Regelfall umfasst er den Bereich eines Stadt- oder Landkreises. ³Eine weitere Untergliederung ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Absatz 4 gestellten Anforderung notwendig machen. ⁴Eine Zusammenfassung von Kreisen kann angezeigt sein, wenn der Einzugsbereich von Kieferorthopäden den Bereich eines Stadt- oder Landkreises überschreitet.
- (4) Bei der Festlegung der Planungsbereiche nach den Absätzen 2 und 3 ist zu berücksichtigen, dass die zahnärztliche Praxis oder das medizinische Versorgungszentrum für den Patienten in zumutbarer Entfernung liegt.

§4 Feststellung des Standes der zahnärztlichen Versorgung

- (1) Zum Zwecke der Bedarfsplanung sind von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten über den Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres, und zwar jeweils bis zum 30. Juni des folgenden Jahres, zu erstellen.
- (2) Inhalt und Form der Übersichten bestimmen sich für die zahnärztliche Versorgung nach den Planungsblättern A und B (Anlagen 1 und 2), für die kieferorthopädische Versorgung nach dem Planungsblatt C (Anlage 3), jeweils einschließlich der dazugehörigen Hinweise.

§5 Ermittlung und Beurteilung des Bedarfs an zahnärztlicher Versorgung

- (1) ¹Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist von Verhältniszahlen auszugehen. ²Sie werden getrennt für die zahnärztliche und für die kieferorthopädische Versorgung festgelegt. ³Zu diesem Zweck wird die Zahl der Einwohner durch die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte bzw. der Kieferorthopäden geteilt. ⁴Bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die kieferorthopädische

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Versorgung wird berücksichtigt, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der Versorgung teilhaben. ⁵Dabei kann auch eine von dem Berechnungsergebnis abweichende Verhältniszahl festgesetzt werden, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten dies erfordert. ⁶Soweit es für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, können für verschiedene Regionen der Bundesrepublik unterschiedliche Verhältniszahlen festgesetzt werden. ⁷Dabei sollen die Morbidität, die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sowie die Ziele und Erfordernisse der Raumplanung berücksichtigt werden. ⁸Werden für verschiedene Regionen unterschiedliche Verhältniszahlen festgelegt, so sind bei ihrer Ermittlung die Zahl der Einwohner bzw. der Zahnärzte in diesen Regionen zugrunde zu legen. ⁹Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wird unter Beachtung von § 101 Abs. 1 Satz 4 SGB V erstmals vom Stand vom 31. Dezember 1990 ausgegangen. ¹⁰Die Verhältniszahlen werden im Abstand von höchstens drei Jahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft. ¹¹Dabei ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen und der Zahnärztezahlen zu berücksichtigen.

- (2) ¹Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind dabei mit dem Faktor 1,0 zu berücksichtigen, hälftig zugelassene Zahnärzte mit dem Faktor 0,5. ²Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges zu berücksichtigen. ³Mit dem Antrag auf Genehmigung ist dem Zulassungsausschuss der schriftliche Arbeitsvertrag über die Beschäftigung als angestellter Zahnarzt vorzulegen.

- (3) ¹Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit

Anrechnungsfaktor

bis 10 Stunden pro Woche 0,25

über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5

über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75

über 30 Stunden pro Woche 1,0.

²Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1/4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

- (4) ¹Kommt es bei einem angestellten Zahnarzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors, so ist zuvor die Genehmigung des Zulassungsausschusses erforderlich. ²Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

- (5) Im Falle einer gleichzeitigen Tätigkeit als (vollzeitig oder hälftig) zugelassener Zahnarzt und/oder als angestellter Zahnarzt darf bei der Bemessung des Versorgungsgrades der Faktor 1,0 nicht überschritten werden.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

- (6) Die Bestimmungen in den Absätzen 2 bis 5 gelten gleichermaßen in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V.
- (7) ¹Entsprechend Absatz 1 werden für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung folgende Verhältniszahlen festgelegt:
- Für die alten Bundesländer
- 1:1.280 für die in Anlage 6 aufgeführten Gebiete
- und
- 1:1.680 für die übrigen Gebiete der alten Bundesländer.
- ²Für die neuen Bundesländer werden die Verhältniszahlen nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 1993 um 100 auf 1:1.180 bzw. 1:1.580 abgesenkt.
- (8) ¹Entsprechend Absatz 1 wird für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:4.000 festgelegt, wobei die Bezugsgröße die Bevölkerungsgruppe der 0 bis 18-Jährigen ist. ²Zur Beurteilung des Standes der kieferorthopädischen Versorgung in einem Planungsbereich ist festzustellen, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der kieferorthopädischen Versorgung teilhaben. ³Dabei ist der Leistungsanteil der allgemein tätigen Zahnärzte an der Zahl der abgerechneten Fälle des III. Quartals eines jeden Jahres zu ermitteln. ⁴Der Versorgungsgrad wird in diesem Falle in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 errechnet (Planungsblatt C).
- (9) Für die Beurteilung des sich unter Anwendung der Verhältniszahl ergebenden Versorgungsgrades sind nach Maßgabe der Planungsblätter insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:
- a) auf Seiten der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte: deren Tätigkeitsgebiet, Alters- und Organisationsstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V) sowie die Anzahl der angestellten Zahnärzte;
- b) auf Seiten der Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der zahnärztlichen Leistungen.
- (10) ¹Zur Feststellung des Versorgungsgrades sind zum 31. Dezember eines jeden Jahres unter Zugrundelegung der Übersichten nach § 4 für jeden Planungsbereich
- a) Bedarfspläne für die zahnärztliche Versorgung,

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

b) Bedarfspläne für die kieferorthopädische Versorgung zu erstellen.

₂Bei der Erstellung dieser Bedarfspläne sind für die allgemein Zahnärztliche Versorgung das Planungsblatt B (Anlage 2), für die kieferorthopädische Versorgung das Planungsblatt C (Anlage 3) jeweils einschließlich der dazugehörigen Hinweise zu verwenden.

- (11) Auf Grund der in den Planungsblättern enthaltenen Daten ist einmal jährlich ein Bedarfsplan für den Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder im Falle des § 12 Abs. 2 ZV-Z für den Bereich mehrerer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen.

§ 6 Kriterien und Verfahren zur Feststellung einer eingetretenen oder drohenden zahnärztlichen Unterversorgung

- (1) ₁Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks Vertragszahnarzt-sitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung anderer Zahnärzte und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen nicht behoben werden kann. ₂Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist zu vermuten, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet. ₃Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere auf Grund der Altersstruktur der Zahnärzte eine Verminderung der Zahl der Vertragszahnärzte in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.
- (2) ₁Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung im Sinne des Absatzes 1 in einem bestimmten Gebiet vor, so ist auf Veranlassung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der zahnärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. ₂Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist, die zwei Monate nicht überschreiten darf, durchzuführen. ₃Ergibt die Prüfung für die Kassenzahnärztliche Vereinigung, für einen Landesverband der Krankenkassen oder einen Verband der Ersatzkassen, dass nach den in Absatz 1 genannten Kriterien eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in dem bestimmten Gebiet anzunehmen ist, so ist der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen unter Mitteilung der für diese Feststellung maßgebenden Tatsachen und unter Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu benachrichtigen.
- (3) ₁Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Gebiet eine zahnärztliche Unterversorgung besteht oder in absehbarer Zeit droht. ₂Die Prüfung, ob die in Absatz 1

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

hierfür genannten Kriterien vorliegen, ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern A bis C enthaltenen Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. ³Hält der Landesausschuss diese Unterlagen nicht für ausreichend, so hat er in eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem bestimmten Gebiet einzutreten oder ergänzende Unterlagen bzw. Angaben von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen anzufordern.

- (4) Die auf Grund der Feststellung über eine eingetretene oder unmittelbar drohende Unterversorgung erforderlichen weiteren Maßnahmen des Landesausschusses richten sich nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches V und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte.

§7 Zahnärztliche Überversorgung

Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (Verhältniszahlen gemäß § 5 Abs. 7 und 8 dieser Richtlinie) um 10 v. H. überschritten ist.

§8 Planungsblätter

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Planungsblätter (Anlagen 1 bis 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) der geänderten Richtlinienfassung anzupassen.

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Planungsblatt A
Anlage 2	Planungsblatt B
Anlage 3	Planungsblatt C
Anlage 4	nicht besetzt
Anlage 5	nicht besetzt
Anlage 6	Zu § 5 der Richtlinie

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

Planungsblatt **A**

Strukturdaten Blatt _____

Angelegt Stand am: _____ von _____

am: _____ Blättern

PB-Nr.: _____

Planungsbereich

Zulassungsstatus	Gemeinde / Stadtteil im Planungsbereich	Abrechnung.-Nr.	Geburtsjahr	Anzahl der angestellten Zahnärzte	Anzahl der Assistenten	Behandlungsfälle gesetzl. Krankenkassen (3. Qu. 20..)		Praxisbesonderheiten	Organisationsstruktur
						Kons-Fälle	Kfo-Fälle		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19	Übertrag von Vorblatt C /								
20	Insgesamt Übertrag								

Anlage 1

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Planungsblatt B

Zahnärztliche Versorgung

Anlage 2

1	2	3	4	5	Z A H N Ä R Z T E				10	11
					6	7	8	9		
PB-Nr.	Planungs- bereich	Einwoh- nerzahl	Bereinigte Einwoh- nerzahl	Versor- gungsgrad 100 %	Vertrags- zahnärzte	Angest. Zahnärzte	Insge- samt	KFO-An- rechnung Zahnärzte	Insge- samt	Versor- gungsgrad in %

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Anlage 3

KZV:

Planungsblatt C²

Stand:

Kieferorthopädische Versorgung

Anlage 3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PB-Nr.	Planungs- bereich	Einwoh- nerzahl (0 bis 18 Jahre)	Bereinigte Einwoh- nerzahl	Versor- gungsgrad 100 %	Z A H N Ä R Z T E			KFO-An- rechnung Zahnärzte	Insgesamt	Versor- gungsgrad in %
					Vertrags- zahnärzte + Ermäch- tigung	Angest. Zahnärzte	Insgesamt			

² Beschluss des GBA vom 21.08.2008, in der Fassung gültig ab 01.10.2008

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Erläuterungen zu den Planungsblättern A, B und C (Anlagen 1, 2, 3)**Planungsblatt A
Strukturdaten**

Kopfspalte: Nummer und Name des festgelegten Planungsbereichs

Allgemeiner Hinweis: Falls für die Darstellung der Strukturdaten mehrere Planungsblätter A benötigt werden, ist auf jedem der dem Blatt 1 nachfolgenden Blätter in Zeile 19 jeweils die Summe vom vorhergehenden Blatt aus Zeile 20 als Übertrag aufzuführen.

Sp. 1: Zulassungsstatus

Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind mit dem Faktor 1,0 anzusetzen, hälftig zugelassene mit dem Faktor 0,5

Sp. 2: Gemeinden und Stadtteile innerhalb des in der Kopfspalte aufgeführten Planungsbereichs

Sp. 3: Abrechnungs-Nummer der Zahnärzte des aufgeführten Planungsbereichs in der Reihenfolge der einzelnen Gemeinden und Stadtteile des Planungsbereichs

Sp. 4: vierstelliges Geburtsjahr

Sp. 5: Zahl der angestellten Zahnärzte gemäß § 32b ZV-Z zum jeweiligen Stand.

Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs zu berücksichtigen. Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit
Anrechnungsfaktor
bis 10 Stunden pro Woche 0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75
über 30 Stunden pro Woche 1,0

Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1/4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

Für die neuen Bundesländer sind die in den Gesundheitseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Fachzahnärzte und die vom Zulassungsausschuss genehmigten Zahnärzte anzusetzen.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Sp. 6: Zahl der Entlastungsassistenten gem. § 32 Abs. 1 ZV-Z,
Zahl der Vorbereitungsassistenten gem. § 3 Abs. 3 ZV-Z,
Zahl der Weiterbildungsassistenten, soweit nicht bereits bei
den angestellten Zahnärzten gem. § 32 b ZV-Z berücksichtigt,
nach dem jeweiligen Stand

Sp.7-8: Zahl der Abrechnungsfälle im Bereich KONS und Kfo aus dem zuletzt
abgerechneten III. Quartal sämtlicher Krankenkassen.

Das Jahr ist im Spaltenkopf anzugeben.

Sp. 9: Praxisbesonderheiten

Sp. 10: Einzelpraxis
Berufsausübungsgemeinschaft
Praxisgemeinschaft
Medizinisches Versorgungszentrum
Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien**Planungsblatt B****Zahnärztliche Versorgung**

Sp. 3: Aktuelle Einwohnerzahl

Sp. 4: Bereinigte Einwohnerzahl; Einwohnerzahl (Sp. 3) +/- Pendler.

Die Ermittlung des Pendlersaldos erfolgt im Einvernehmen zwischen der KZV und den Verbänden der Krankenkassen.

Sp. 5: Feststellung des Zahnarztbedarfs (Versorgungsgrad 100 %) aus dem Rechenergebnis:

$$\frac{\text{Bereinigte Einwohnerzahl (Sp.4)}}{\text{Verhältniszahl}} = \text{Rechnerischer Zahnarztbedarf (kaufm. auf eine Nachkommastelle gerundet)}$$

gemäß § 5 Abs. 7 der Richtlinie

Sp. 6: Zahl der Vertragszahnärzte zum jeweiligen Stand

Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind mit dem Faktor 1,0 anzusetzen, hälftig zugelassene Zahnärzte mit dem Faktor 0,5.

Sp. 7: Zahl der angestellten Zahnärzte gem. § 32b ZV-Z zum jeweiligen Stand.

Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges zu berücksichtigen. Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit
Anrechnungsfaktor

bis 10 Stunden pro Woche 0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75
über 30 Stunden pro Woche 1,0

Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1/4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

Für die neuen Bundesländer sind die in den Gesundheitseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Fachzahnärzte und die vom Zulassungsausschuss genehmigten Zahnärzte anzusetzen.

Sp. 8: Zahl der Zahnärzte einschließlich angestellte Zahnärzte (Spalte 6 und Spalte 7)

Sp. 9: Es ist anzugeben, in welchem Umfang Allgemeinzahnärzte kieferorthopädisch tätig sind.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Die Ermittlung erfolgt nach folgender Formel:

$$K \cdot \frac{Z_A}{Z_K} \cdot \frac{F_A}{F_K} \text{ gerundet auf ganze Zahlen}$$

Dabei bedeutet:

K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Z_A = Zahl der Zahnärzte aus Spalte 8

Z_K = Zahl der Zahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F_A = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte
im Kfo-Planungsbereich

F_K = Zahl der Kfo-Fälle aller Kieferorthopäden
im Kfo-Planungsbereich

Soweit das Kfo-Honorarvolumen ermittelt werden kann, ist es zulässig, dieses anstelle der Kfo-Fälle der Berechnung zugrunde zu legen.

Soweit eine Berechnung anhand konkreter Abrechnungswerte noch nicht möglich ist, ist eine Schätzung zulässig.

Soweit in einem Planungsbereich keine Kieferorthopäden tätig sind, sind die Werte für einen vergleichbaren Bereich anzusetzen.

Sp. 10: Zahl der bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigenden Vertragszahnärzte (Zahnärzte-Ist)
(Sp. 8 - Sp. 9)

Sp. 11: Feststellung des Versorgungsgrades in % als Rechenergebnis aus

$$\frac{\text{Sp.10}}{\text{Sp. 5}} \times 100$$

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Planungsblatt C
Kieferorthopädische Versorgung

Die Erläuterungen zum Planungsblatt B gelten entsprechend, wobei anstelle der Zahnärzte jeweils die zugelassenen und ermächtigten Kieferorthopäden (Spalte 6) bzw. die in Kfo-Praxen angestellten Zahnärzte (Spalte 7) zu berücksichtigen sind.

Die Verhältniszahl bei der Ermittlung des rechnerischen Bedarfs (Spalte 5) beträgt 1 : 16.000.

Sp. 9: Die Berechnung der Kfo-Anrechnung der Allgemeinzahnärzte in Spalte 9 erfolgt nach folgender Formel:

$$K \cdot \frac{F_A}{F_K} \text{ gerundet auf ganze Zahlen}$$

Dabei bedeutet:

K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

F_A = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F_K = Zahl der Kfo-Fälle aller Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Soweit das Kfo-Honorarvolumen ermittelt werden kann, ist es zulässig, dieses anstelle der Kfo-Fälle der Berechnung zugrunde zu legen.

Soweit eine Berechnung anhand konkreter Abrechnungswerte noch nicht möglich ist, ist eine Schätzung zulässig.

Soweit in einem Planungsbereich keine Kieferorthopäden tätig sind, sind die Werte für einen vergleichbaren Bereich anzusetzen.

Sp. 10: Zahl der bei der kieferorthopädischen Versorgung zu berücksichtigenden Fach-/Zahnärzte (Sp. 8 + Sp. 9)

Sp. 11: Die Feststellung des Kfo-Versorgungsgrades in % erfolgt als Rechenergebnis aus

$$\frac{\text{Sp.10}}{\text{Sp.5}} \times 100$$

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Anlage 6 zu Abschnitt D in der Fassung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.11.2006**KZV Baden-Württemberg**

Bezirksdirektion Freiburg
 Freiburg, Stadt
 Bezirksdirektion Karlsruhe
 Karlsruhe, Stadt
 Heidelberg, Stadt
 Mannheim, Stadt
 Pforzheim, Stadt
 Bezirksdirektion Stuttgart
 Stuttgart, Stadt
 Heilbronn, Stadt
 Bezirksdirektion Tübingen
 Ulm, Stadt

KZV Bayerns

München, Stadt
 Regensburg, Stadt
 Erlangen, Stadt
 Fürth, Stadt
 Nürnberg, Stadt
 Würzburg, Stadt
 Augsburg, Stadt
 Ingolstadt, Stadt

KZV Berlin

Berlin, Stadt

KZV Brandenburg

Cottbus, Stadt
 Potsdam, Stadt

KZV Bremen

Bremen, Stadt
 Bremerhaven, Stadt

KZV Hamburg

Hamburg, Stadt

KZV Hessen

Darmstadt, Stadt
 Frankfurt/Main, Stadt
 Offenbach, Stadt
 Wiesbaden, Stadt
 Kassel, Stadt

KZV Mecklenburg-Vorpommern

Rostock, Stadt

KZV Niedersachsen

Braunschweig, Stadt
 Göttingen, Stadt

Salzgitter, Stadt
 Wolfsburg, Stadt
 Hannover, Stadt
 Oldenburg, Stadt
 Osnabrück, Stadt

KZV Nordrhein

Düsseldorf, Stadt
 Krefeld, Stadt
 Remscheid, Stadt
 Solingen, Stadt
 Wuppertal, Stadt
 Aachen, Stadt
 Bonn, Stadt
 Köln, Stadt
 Leverkusen, Stadt

KZV Rheinland-Pfalz

Regionaldirektion Koblenz-Trier
 Koblenz, Stadt
 Regionaldirektion Pfalz
 Kaiserslautern, Stadt
 Ludwigshafen, Stadt
 Regionaldirektion Rheinhessen
 Mainz, Stadt

KZV Saarland

Stadtverband Saarbrücken

KZV Sachsen

Chemnitz, Stadt
 Dresden, Stadt
 Leipzig, Stadt

KZV Sachsen-Anhalt

Halle/Saale, Stadt
 Magdeburg, Stadt

KZV Schleswig-Holstein

Kiel, Stadt
 Lübeck, Stadt

KZV Thüringen

Erfurt, Stadt
 Gera, Stadt
 Jena, Stadt

KZV Westfalen-Lippe

Münster, Stadt
 Bielefeld, Stadt

8.

Qualitätsmanagement-Richtlinie

8.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

**über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungs-
internes Qualitätsmanagement in der vertragszahn-
ärztlichen Versorgung (Qualitätsmanagement-Richtlinie
vertragszahnärztliche Versorgung)**

**vom 17.11.2006,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 7463,
in Kraft getreten am 01.01.2007**

8.

Qualitätsmanagement-Richtlinie**Gesetzliche Grundlage**

Die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlichen Einrichtungen (im Folgenden Vertragszahnärzte) sind nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Mit der vorliegenden Richtlinie bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 i. V. m. § 136b Abs. 1 Nr. 1 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement. Die Vorgaben beschränken sich auf grundlegende Mindestanforderungen, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement-Systemen entscheidend von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen in den einzelnen Praxen abhängen. Die Richtlinie soll auch ermöglichen, dass Vertragszahnärzte das Qualitätsmanagement für ihre Praxis individuell entwickeln können.

§ 1 Definitionen und Ziele

Unter Qualitätsmanagement ist die kontinuierliche und systematische Durchführung von Maßnahmen zu verstehen, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung und -verbesserung erreicht werden soll. Qualitätsmanagement bedeutet konkret, dass Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse einer Einrichtung regelmäßig überprüft, dokumentiert und gegebenenfalls verändert werden.

Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. Insbesondere soll die Ausrichtung der Praxisabläufe an gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen unterstützt werden. Qualitätsmanagement muss für Praxisleitung und Praxismitarbeiter sowie für die Patienten nützlich, hilfreich und unbürokratisch sein. Zusätzlich soll Qualitätsmanagement dazu beitragen, die Zufriedenheit der am Prozess Beteiligten, insbesondere der Patienten zu erhöhen.

§ 2 Methodik

Die Ziele des Qualitätsmanagements werden erreicht, indem der Ist-Zustand analysiert wird, gegebenenfalls Änderungsmaßnahmen geplant, implementiert und in geeigneten Zeitabständen überprüft werden. Diese Schritte liegen jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als Qualitätskreislauf beschrieben (siehe Anlage).

§ 3 Grundsätzliche Anforderungen

Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind:

- Erhebung und Bewertung des Ist-Zustandes,
- Definition von Zielen,
- Beschreibung von Prozessen und Verantwortlichkeiten,
- Ausbildung und Anleitung aller Beteiligten,
- Durchführung von Änderungsmaßnahmen,
- erneute Erhebung des Ist-Zustands,
- praxisinterne Rückmeldung über die Wirksamkeit von Qualitätsmanagement-Maßnahmen.

8.

Qualitätsmanagement-Richtlinie

Die Vertragszahnärzte können bei der Einführung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auf vorhandene Qualitätsmanagement-Systeme zurückgreifen oder ein eigenes Qualitätsmanagement-System einsetzen. Qualitätsmanagement muss dabei individuell auf die spezifischen und aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Patienten, der Praxisleitung und der Praxismitarbeiter bezogen sein. Es ist sicherzustellen, dass innerhalb eines Zeitraumes von 4 Jahren (nach Inkrafttreten dieser Richtlinie) das in der Praxis eingesetzte System alle aufgeführten Grundelemente enthält.

§ 4 Instrumente

1. Neben der obligatorischen Ausrichtung aller Praxisabläufe an den gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen, wie insbesondere:

- Allgemeine Behandlungsrichtlinien, IP-Richtlinien, FU-Richtlinien, ZE-Richtlinien, Festzuschuss-Richtlinien, KFO-Richtlinien,
- Bundesmantelverträge BMV-Z / EKV-Z, Röntgenverordnung,
- Vorgaben zum Datenschutz und zu den Hygienemaßnahmen,

sollen

2. als Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements insbesondere genutzt werden:

2.1 für den Bereich Arbeitsprozesse / Praxisorganisation

- Checklisten für organisatorische Arbeitsabläufe,
- Praxishandbuch,
- Fehlermanagement,
- Notfallmanagement,

2.2 für den Bereich Diagnose- und Behandlungsprozesse

- Orientierung am Stand der Wissenschaft gemäß § 2 Abs. 1 SGB V,
- Koordinierung zwischen zahnärztlichen und zahntechnischen Maßnahmen,
- fachliche Fortbildung nach § 95d SGB V,

2.3 für den Bereich Mitarbeiterorientierung

- Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen,
- Teambesprechungen,

2.4 für den Bereich Patientenorientierung

- Patienteninformation, -aufklärung, -beratung,
- Förderung Patientenmitwirkung, -selbsthilfe,
- Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergabe,
- Beschwerdemanagement,

2.5 Kooperation mit Partnern im Gesundheitswesen.

8.

Qualitätsmanagement-Richtlinie**§ 5 Dokumentation**

Die Vertragszahnärzte haben Ziele, eingesetzte Elemente und Instrumente nach den §§ 1, 3 und 4 dieser Richtlinie regelmäßig zu dokumentieren.

§ 6 Überprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen fordern nach Ablauf von 4 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählter Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Die Ergebnisse sind der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zu melden, die spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten dieser Richtlinie dem Gemeinsamen Bundesausschuss jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet.

Bonn, den 17. November 2006

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 Abs. 6 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

8.

Qualitätsmanagement-Richtlinie

Anlage

QUALITÄTSKREISLAUF

