

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen

**Diese Version stellt keine amtliche
Ausgabe der Richtlinien dar.**

KZBV

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen

- | | |
|--|---|
| <div style="background-color: #ffff00; padding: 2px; border: 1px solid black; display: inline-block;">3 - 25</div>
<small>Seite</small> | 1. für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) |
| <div style="background-color: #ff0000; padding: 2px; border: 1px solid black; display: inline-block;">26 - 31</div>
<small>Seite</small> | 2. über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) |
| <div style="background-color: #800080; padding: 2px; border: 1px solid black; display: inline-block;">32 - 34</div>
<small>Seite</small> | 3. über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V) |
| <div style="background-color: #000080; padding: 2px; border: 1px solid black; display: inline-block;">35 - 43</div>
<small>Seite</small> | 4. für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen |
| <div style="background-color: #008000; padding: 2px; border: 1px solid black; display: inline-block;">44 - 55</div>
<small>Seite</small> | 5. für die kieferorthopädische Behandlung |
| <div style="background-color: #800000; padding: 2px; border: 1px solid black; display: inline-block;">56 - 61</div>
<small>Seite</small> | 6. über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die Überprüfung erbrachter vertragszahnärztlicher Leistungen |
| <div style="background-color: #808080; padding: 2px; border: 1px solid black; display: inline-block;">62 - 84</div>
<small>Seite</small> | 7. über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien Zahnärzte) |

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 01. Januar 2004 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 aufgebrachtten 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, zahnschutzschonend 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 Freiersituation 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

Abschnitt B V. steht noch unter dem Vorbehalt der Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

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

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
- folgende entwicklungsbedingte oder erworbene Deformitäten oder Zustände:
 - Gingivale Vergrößerungen
 - Gingiva- und Weichgewebswucherungen

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.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

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)
- 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.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

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 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.

1.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

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,
 - Miniplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief,
 - Interzeptoren,
 - spezielle Aufbissschienen 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) 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 Ordnungsweise 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 vorangegangen 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 Bundesausschusses der Zahnärzte und
Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen
auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
(zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V)
vom 04. Juni 2003 in der ab 01. Januar 2004 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 3. Lebensjahr 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

4.

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen vom 04. Juni 2003 in der ab 01. Januar 2004 gültigen Fassung

4.

Zahnersatz-Richtlinien

A. Gegenstand und Zweckbestimmung

1. Diese Richtlinien regeln gemäß § 92 SGB V in Verbindung mit § 30 SGB V die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen 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.

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. Die Richtlinien konkretisieren den Inhalt und Umfang der im SGB V festgelegten Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage des Wirtschaftlichkeitsgebots im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung unter Beachtung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse. Daraus können sich auch Leistungseinschränkungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen ergeben.
3. Nach diesen Richtlinien sollen unter Beachtung von § 30 SGB V
 - a) die Krankenkassen über ihre Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz entscheiden,
 - b) die Zahnärzte bei der Versorgung mit Zahnersatz verfahren.
4. 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

5. Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen) nach § 30 SGB V, die dem Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) nach Maßgabe dieser Richtlinien entspricht.

Gibt es verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten des Zahnersatzes, so soll der Zahnarzt diejenige vorsehen, die auf Dauer die wirtschaftlichste ist.

6. Wählen Versicherte eine Versorgung mit Zahnersatz, die über die medizinisch notwendige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung hinausgeht, so haben sie einen Leistungsanspruch nach § 30 Absätze 1 und 2 SGB V nur bezogen auf die im Einzelfall wirtschaftliche und notwendige Behandlung. Die Mehrkosten der zusätzlichen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen haben sie selbst in vollem Umfang zu tragen (§ 30 Abs. 3 SGB V).

4.

Zahnersatz-Richtlinien

C. Voraussetzungen und Grundsätze für eine Versorgung mit Zahnersatz

7. Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist es, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern.
8. 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 -kippung. Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbeziehung 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).

9. 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.

10. Die Mitwirkung des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung des Behandlungsziels. Regelmäßige Zahnpflege und der Nachweis der zahnärztlichen Untersuchungen nach § 30 Abs. 2 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. In der Regel ist dabei, soweit Zahnersatz angefertigt werden muss, der Leistungsanspruch des Versicherten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung auf eine einfache Versorgung beschränkt.

11. Die Versorgung mit Zahnersatz umfasst 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. Sie umfasst auch die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes sowie die Information des Patienten über die sachgemäße Behandlung des Zahnersatzes.
12. Der Versorgung mit Zahnersatz, insbesondere der Versorgung mit Brücken, hat die Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan voranzugehen.

4.

Zahnersatz-Richtlinien

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

Bei einem Befund, in dem mehr als zwei Zähne pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich als fehlend oder ersetzt gekennzeichnet sind und eine Brückenversorgung geplant wird, soll die Krankenkasse eine Begutachtung veranlassen.

13. 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.
14. Eine endgültige Versorgung mit Zahnersatz ist anzustreben. Dies kann ggf. auch durch einen Immediatersatz, der zu einem späteren Zeitpunkt umgestaltet werden kann, geschehen.
15. 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.
16. Es dürfen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die den Anforderungen des Medizinproduktegesetz 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 Nichtedelmetal und NEM-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können.

4.

Zahnersatz-Richtlinien

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

17. 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.
18. 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.
19. Zahnkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die auf Dauer ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.
20. Konfektionierte Kronen dürfen nur in der Kinderzahnheilkunde verwendet werden.
21. Für die Versorgung mit einer provisorischen Krone ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.
22. Die Krankenkasse soll die Versorgung mit mehr als zwei Einzelkronen pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich daraufhin begutachten lassen, ob die Kronen nach diesen Richtlinien medizinisch notwendig sind und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen.
23. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören vestibulär verblendete Verblendkronen im Oberkiefer nur bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer nur bis einschließlich Zahn 4 und metallische Voll- und Teilkronen. Im Bereich der Zähne 1 bis 3 umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten.
24. Für Verblendkronen, die über die Verblendgrenzen nach Nummer 23 hinausgehen, keramisch vollverblendete Kronen und Vollkeramikronen gilt Nummer 6 der Richtlinien.

II. Versorgung mit Brücken

25. 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.

4.

Zahnersatz-Richtlinien

26. Brücken sind angezeigt und wirtschaftlich, wenn dadurch in einem Kiefer die geschlossene Zahnreihe wiederhergestellt wird.
27. Brücken sind nicht angezeigt bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen.
28. Bei großen Brücken ist die Leistungspflicht der Krankenkasse auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Mehrere Einzelbrücken je Kiefer sind zulässig, sofern sie medizinisch indiziert sind und wenn keine wirtschaftlichere, das gleiche Therapieziel erreichende Versorgung möglich ist.
29. Freidendbrücken sind nur angezeigt zum Ersatz eines mesial fehlenden Prämolaren.
- Bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren können adhäsiv befestigte einspannige Brücken mit Metallgerüst im Frontzahnbereich angezeigt sein.
- Die Pfeilerzähne sollen dabei karies- und füllungsfrei sein. Die zu überbrückende Spanne soll grundsätzlich nicht mehr als einen Zahn umfassen.
- Bei einem Lückenschluss durch eine geteilte Brücke bei disparallelen Pfeilerzähnen kann ein Geschiebe angezeigt sein.
30. Für Brücken gelten die Nummern 23 und 24 dieser Richtlinien entsprechend.

III. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

31. Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen.
32. Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgusskonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontal-Hygiene sind dabei zu berücksichtigen.
33. Bei einem Restgebiss ohne parodontale Abstützungsmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwendige Halteelemente angezeigt.
34. Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis geht in der Regel über das Gebot der Wirtschaftlichkeit hinaus und unterliegt der Leistungspflicht der Krankenkasse nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen).
35. Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.
36. 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.

4.

Zahnersatz-Richtlinien

37. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
38. Intraorale Stützstiftregistrierungen zur Feststellung der Zentrallage sind nur neben der Total-/Cover-Denture-Prothese Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, 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

39. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Halteelementen und/oder Verbindungselementen zusammengefügt. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung gehören nur Teleskop-/Konuskronen zu den Verbindungselementen. Bei einem Lückenschluss durch eine geteilte Brücke bei disparallelen Pfeilzähnen gilt Nummer 29 Satz 4.
40. Kombinationsversorgungen sind angezeigt und wirtschaftlich, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Dies gilt insbesondere bei Freundsituationen.

Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten.

41. Bei Kombinationsversorgungen ist die Versorgung auf bis zu zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt.

Bei Kombinationsversorgungen sind Brücken angezeigt, wenn dadurch die Zahl der Prothesensättel sinnvoll reduziert wird.

42. Für Kombinationsversorgungen, die über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehen, gilt Nummer 6 der Richtlinien.
43. Die Krankenkasse soll Kombinationsversorgungen daraufhin begutachten lassen, ob die Versorgungen nach diesen Richtlinien medizinisch notwendig sind und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen.

V. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

44. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen legt in Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 SGB V für Suprakonstruktionen Ausnahmefälle fest, in denen ein Anspruch der Versicherten gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V besteht.

4.

Zahnersatz-Richtlinien

Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V liegen vor

a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie

b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer.

45. Der Anspruch ist bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken nach Nummer 44 Buchstabe a auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 44 Buchstabe b auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt.

46. Sämtliche Vorleistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Suprakonstruktion im Sinne des § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V.

47. Die Krankenkasse kann die vorgelegte Behandlungsplanung einem Gutachter zur Klärung der Frage zuleiten, ob ein unter Nummer 44 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.

Berlin, 04.06.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

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 prognen Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5 oder die Behandlung zum Öffnen von Lücken mit dem Behandlungsbedarfsgrad P 3.

Die Frühbehandlung soll nicht vor dem 4. Lebensjahr begonnen werden und innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen werden.

- d) Frühe Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 5, einer Progenie mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5 oder von verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

Die Maßnahmen nach den Nummern 8 c und d beinhalten den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte.

9. Gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten der kieferorthopädischen Behandlung, so soll der Zahnarzt diejenige vorsehen, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist.
10. Ist zu vermuten, dass Fehlbildungen mit Abweichungen in anderen Bereichen (z. B. Nasenscheidewand) zusammenhängen, so soll ein entsprechender Gebietsarzt, z. B. für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, hinzugezogen werden.
11. Werkstoffe, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie schädliche Wirkungen haben, dürfen nicht verwendet werden. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig.

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				Lippen-Kiefer-Gaumen- spalte bzw. andere kraniofaziale Anomalie
Zahnunterzahl (Aplasie oder Zahnverlust)	U			Unterzahl (nur wenn präprothetische Kiefer- orthopädie oder kiefer- orthopädischer Lücken- schluss indiziert)	
Durchbruchstörungen	S			Retention (außer 8er)	Verlagerung (außer 8er)
Sagittale Stufe	distal	bis 3		über 6, bis 9	über 9
	mesial			0 bis 3	über 3
Vertikale Stufe	offen (auch seitlich)	über 1, bis 2	über 2, bis 4	über 4 habituell offen	über 4 skelettal offen
	tief	über 3 ohne/mit Gingivakontakt	über 3 mit traumatischem Gingivakontakt		
Transversale Abweichung	B			Bukkal-/Lingual - Okklusion	
	K	Kopfbiss	beidseitiger Kreuzbiss	einseitiger Kreuzbiss	
Kontaktpunktabweichung Engstand	E	über 1, bis 3	über 3, bis 5	über 5	
Platzmangel	P	bis 3	über 3, bis 4	über 4	

Alle Zahlenangaben in mm

Anlage 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 vorstehenden unteren Schneidezahnes zur Labialfläche seines(r) Antagonisten.

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

O Vertikale Stufe - offen (auch seitlich)

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

Infraokklusionen von Milchzähnen, Außen- oder Hochstände rechtfertigen eine Einordnung in die Gruppe O nicht. Gleiches gilt für den frontal bzw. seitlich offenen Biss, wenn Zähne sich noch im Durchbruch befinden.

Infraokklusionen permanenter Zähne können in die Gruppe O eingeordnet werden.

T Vertikale Stufe – tief

Der vertikale Frontzahnüberbiss wird unterschieden in regulären Überbiss (bis 3 mm), tiefen Biss ohne bzw. mit Gingivakontakt sowie Tiefbiss mit traumatisierendem Einbiss in die antagonistische Gingiva.

B Transversale Abweichung – Bukkal- / Lingualokklusion

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dentalen und skelettalen Abweichungen.

Als Bukkal- bzw. Lingualokklusion wird der Fehlstand einzelner Seitenzähne oder Zahngruppen verstanden, bei dem sich die Okklusalfächen der Seitenzähne nicht berühren, sondern die oberen Prämolaren und/oder Molaren bukkal an den Antagonisten vorbeibeißen („seitliche Nonokklusion“, „seitlicher Vorbeibiss“), und zwar unabhängig davon, ob die oberen Seitenzähne nach bukkal oder die unteren nach lingual gekippt sind.

K Transversale Abweichung – beid- bzw. einseitiger Kreuzbiss

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dentalen und skelettalen Abweichungen.

Eine Zuordnung zur Gruppe K ist nur möglich, wenn am seitlichen Kreuzbiss auch permanente Seitenzähne beteiligt sind.

Eine Kreuzbisstendenz mit Höcker-Höckerverzahnung permanenter Seitenzähne (Kopfbiss) wird der Gruppe K, Grad 2 zugeordnet.

E Kontaktpunktabweichung, Engstand

Kontaktpunktabweichungen (Zahnfehlstellungen) werden zwischen anatomischen Kontaktpunkten gemessen.

Abweichungen zwischen Milch- und bleibenden Zähnen sowie Lücken werden nicht registriert.

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 Extraktion 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 (Extraktionstherapie) 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**

6.

Richtlinien neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

1. Gesetzliche Grundlagen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V
 - 1.1 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen abgegeben hat über
 1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode, deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse,
 2. die notwendige Qualifikation der Zahnärzte, ggf. die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern und
 3. den Rahmen für die erforderliche Dokumentation über die zahnärztliche Behandlung.
 - 1.2 Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen überprüft die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen daraufhin, ob sie den Kriterien nach Absatz 1 Nr. 1 entsprechen. Falls die Überprüfung ergibt, dass diese Kriterien nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen unbeschadet der Nr. 1.3 nicht mehr als vertragszahnärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.
 - 1.3 Die Anerkennung einer Methode als vertragszahnärztliche Leistung setzt voraus, dass alle vom Gesetzgeber vorgegebenen Kriterien vom Bundesausschuss als erfüllt angesehen werden. Ist eine Methode wegen des diagnostischen oder des therapeutischen Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit anerkannt, erfüllt sie aber nicht die Voraussetzungen des gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebots, so wird diese Methode im Hinblick auf ihre Anrechenbarkeit nach § 28 Abs. 2 und § 30 Abs. 3 SGB V besonders benannt.
2. Voraussetzung für die Überprüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
 - 2.1 Als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können nur Leistungen gelten, die
 - nicht als abrechnungsfähige zahnärztliche Leistungen im Bewertungsmaßstab (Bema) enthalten sind oder die
 - als zahnärztliche Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführt sind, deren Indikationen und/oder Arten der zahnärztlichen Erbringung einschließlich des zahntechnischen Herstellungsverfahrens wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.
 - Bestehen Zweifel, ob es sich um eine neue Methode handelt, so kann eine Stellungnahme des Bewertungsausschusses gemäß § 87 SGB V eingeholt werden.

6.

Richtlinien neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- 2.2 Die Überprüfung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode erfolgt gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen. Dabei muss die zu prüfende Methode im Antrag in ihrer Art und bezüglich ihrer Indikation beschrieben sein.
- 2.3 Anträge sind schriftlich zu begründen. Mit der Begründung sind Angaben
- zum Nutzen der neuen Methode,
 - zur zahnmedizinischen Notwendigkeit
 - und zur Wirtschaftlichkeit
- jeweils auch im Vergleich zu bereits erbrachten Methoden zu unterbreiten und mit Unterlagen gemäß Nrn. 5.1 bis 5.3 durch den Antragsteller zu belegen.
3. Voraussetzungen für die Überprüfung erbrachter vertragszahnärztlicher Leistungen
- 3.1 Als erbrachte vertragszahnärztliche Leistungen im Sinne des § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten Methoden, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab beschrieben sind. In Zweifelsfällen kann eine Stellungnahme des Bewertungsausschusses gemäß § 87 SGB V eingeholt werden.
- 3.2 Die Überprüfung erbrachter vertragszahnärztlicher Leistungen erfolgt auf Initiative der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen.
- 3.3 Zur Überprüfung einer bereits erbrachten, bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Methode hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung oder der Spitzenverband der Krankenkassen schriftlich darzulegen und durch Unterlagen gemäß Nrn. 5.1 bis 5.3 zu belegen, welche schwerwiegenden, begründeten Hinweise dafür vorliegen, dass die betreffende Methode in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht den gesetzlichen Kriterien hinsichtlich des Nutzens, der zahnmedizinischen Notwendigkeit oder Wirtschaftlichkeit entspricht.
4. Verfahren der Überprüfung
- 4.1 Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen beauftragt einen Arbeitsausschuss mit der Überprüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Maßgabe dieser Richtlinien.
- 4.2 Der Arbeitsausschuss kann die Antragsteller auffordern, die eingereichten Unterlagen zu ergänzen. Er kann die Beratung einer Methode zurückstellen, wenn keine aussagefähigen Beurteilungsgrundlagen vorliegen oder innerhalb einer vom Arbeitsausschuss gesetzten Frist nicht nachgereicht werden.
- 4.3 Der vom Bundesausschuss beauftragte Arbeitsausschuss kann bei der Überprüfung der neuen oder bereits erbrachten vertragszahnärztlichen Methoden, für die Anträge gestellt worden sind und die schriftlichen Unterlagen vorliegen, Einzelsachverständige, unabhängige wissenschaftliche Institutionen und zahn-

6.

Richtlinien neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

ärztliche Fachgesellschaften zur Stellungnahme zum Nutzen, zur zahnmedizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit der betreffenden Methoden nach dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auffordern. Soweit zahntechnische Leistungen betroffen sind, soll der Verband deutscher Zahntechniker-Innungen zur Stellungnahme aufgefordert und zu den Beratungen hinzugezogen werden. Die Stellungnahmen sollen insbesondere eine Bewertung der bei der Antragstellung eingereichten Unterlagen nach den Kriterien der Nrn. 6.1 und 6.2 beinhalten.

(siehe hierzu beiliegende Protokollnotiz)

- 4.4 Der Arbeitsausschuss hat nach Durchführung der Überprüfung und Bewertung eine Beschlussvorlage für den Bundesausschuss zu erstellen. Kommt es zu keiner Einigung im Arbeitsausschuss, können die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung oder ein Spitzenverband der Krankenkassen gleichwohl eine Beratung im Bundesausschuss verlangen.

5. Überprüfungskriterien

- 5.1 Die Überprüfung des Nutzens einer Methode erfolgt insbesondere auf Grundlage folgender Unterlagen:
- Mindestens ein den Nutzen der Methode beurteilendes unabhängiges wissenschaftliches Gutachten bzw. eine entsprechende Publikation,
 - Studien zum Nachweis der Wirksamkeit bei den beanspruchten Indikationen,
 - Abwägung des Nutzens gegen die Risiken,
 - Bewertung der erwünschten und unerwünschten Folgen,
 - Nutzen im Vergleich zu anderen Methoden gleicher Zielsetzung.

Besondere Anforderungen werden an den Nachweis des Nutzens entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse gestellt, der für eine dem jeweiligen Therapieverfahren angemessene Zeitspanne belegt sein soll. Zum Nachweis des Nutzens einer Methode sind systematische Übersichten (Reviews) oder klinische Studien in der Regel in der bestmöglichen Evidenzklasse vorzulegen. Die Anerkennung einer Methode setzt voraus, dass die vorliegenden Unterlagen die Wirksamkeit und den Nutzen belegen.

- 5.2 Die Überprüfung der zahnmedizinischen Notwendigkeit einer Methode erfolgt insbesondere auf der Grundlage von Unterlagen zu diagnostischen oder therapeutischen Alternativen und zur Häufigkeit der zu behandelnden Erkrankung.
- 5.3 Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einer Methode erfolgt insbesondere auf der Grundlage von Unterlagen zur Kosten/Nutzen-Abwägung für den einzelnen Patienten, im Vergleich zu anderen Methoden und auch zur Kosten/Nutzen-Abwägung im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung insgesamt. Hierbei sind die für die zahnärztliche Tätigkeit entstehenden Kosten (z. B. Arbeitszeit- und Materialkosten) sowie ggf. die Kosten für zahntechnische Leistungen entsprechend zu berücksichtigen.

6.

Richtlinien neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

6. Bewertung der eingereichten Unterlagen

6.1 Die Unterlagen zu diagnostischen Methoden werden hinsichtlich ihrer Evidenz in folgender Rangfolge bewertet:

- I a: Evidenz auf Grund wenigstens einer systematischen Übersicht (Review) oder einer randomisierten, kontrollierten Studie, durchgeführt und veröffentlicht nach wissenschaftlich anerkannten Standards.
- I b: Evidenz auf Grund wenigstens einer kontrollierten Diagnose-Studie, die unter klinischen Routine-Bedingungen durchgeführt wurde und in der Berechnungen von Sensitivität, Spezifität und prädiktiven Werten vorgenommen wurden.
- II: Evidenz auf Grund von Studien an definierten Populationen, aus denen sich zumindest Angaben zur Sensitivität und Spezifität ergeben oder die zumindest eine Berechnung erlauben und eine diagnostische Wertigkeit nahe legen.
- III: Meinungen anerkannter Experten, Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen oder deskriptive Darstellungen; Berichte von Expertenkomitees; Konsensus-Konferenzen; Einzelfallberichte.

6.2 Die Unterlagen zu therapeutischen Methoden werden hinsichtlich ihrer Evidenz in folgender Rangfolge bewertet:

- I: Evidenz auf Grund wenigstens einer systematischen Übersicht (Review) oder einer randomisierten, kontrollierten Studie, durchgeführt und veröffentlicht nach wissenschaftlich anerkannten Standards
- II a: Evidenz auf Grund prospektiver Interventionsstudien
- II b: Evidenz auf Grund gut geplanter Kohorten- oder Fallkontroll-Studien, vorzugsweise aus mehr als einer Studiengruppe
- II c: Evidenz auf Grund von mehr als einer methodisch hochwertigen klinischen Studie
- III: Meinungen anerkannter Experten, Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen oder deskriptive Darstellungen; Berichte von Expertenkomitees; Konsensus-Konferenzen; Einzelfallberichte

(siehe zu Ziffer 6 beiliegende Protokollnotiz)

7. Empfehlungen zur Qualitätssicherung

Zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach Auffassung des Bundesausschusses die gesetzlichen Kriterien erfüllen, prüft der Bundesausschuss zugleich mit der Anerkennung, ob und inwieweit Empfehlungen abzugeben sind über die notwendige Qualifikation der Zahnärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der Methode zu sichern, und über die erforderlichen Aufzeichnungen über die zahnärztliche Behandlung.

6.

Richtlinien neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

8. Entscheidung über die Anträge

Der Bundesausschuss entscheidet auf der Grundlage der Beschlussvorlagen und der Beratungsunterlagen des Arbeitsausschusses über die gestellten Anträge. Der Bundesausschuss veröffentlicht die Beschlüsse im Bundesanzeiger.

9. Dokumentation

Die Überprüfung einer Methode und die Beschlussfassung wird intern dokumentiert.

10. Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am Tage nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Protokollnotiz zu den Nrn. 4.3 und 6:

Der Arbeitsausschuss kann die Beratungen einer Methode aussetzen, wenn Hinweise darüber vorliegen, dass in einem vertretbaren Zeitraum der Abschluss klinischer Studien zu erwarten ist, die höhere Evidenzklassen aufweisen als bisher vorgelegte Studien. Er soll die Beratungen insbesondere dann aussetzen, wenn zu erwarten ist, dass die Ergebnisse der Studien im Widerspruch zu den Ergebnissen der bisher vorgelegten Studien stehen.

Köln, 10. Dezember 1999

Prof. Dr. Herbert Genzel
Vorsitzender des Bundesausschusses
der Zahnärzte und Krankenkassen

7.

**Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte
und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in
der vertragszahnärztlichen Versorgung
(Bedarfsplanungs-Richtlinien Zahnärzte)
vom 12. März 1993 in der am 21. September 1999
geänderten und ab 09. Dezember 1999 gültigen Fassung
Bundesanzeiger Nr. 232 vom 08. Dezember 1999, Seite 19721**

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

A. Allgemeines

1. Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 9 und § 101 SGB V dienen 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.

Die Richtlinien gewährleisten einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren über die

Festsetzung der Planungsbereiche (Abschnitt B),

Feststellung des Standes der zahnärztlichen Versorgung (Abschnitt C),

Ermittlung und Beurteilung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades in der zahnärztlichen Versorgung (Abschnitt D),

Feststellung und Beurteilung einer zahnärztlichen Unterversorgung oder einer unmittelbar drohenden Unterversorgung (Abschnitt E)

und die

Feststellung und Beurteilung einer zahnärztlichen Überversorgung (Abschnitt F).

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 bzw. Überversorgung enthalten.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

B. Festsetzung der Planungsbereiche

1. Im 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 Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die einzelnen Planungsbereiche fest. Die regionalen Planungsbereiche sollen den kreisfreien Städten, den Landkreisen oder Kreisregionen in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung entsprechen. Bei der Abgrenzung sind Abweichungen zulässig.

Es sind Planungsbereiche für die zahnärztliche Versorgung und für die kieferorthopädische Versorgung zu bilden.

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

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien**C. 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.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

D. Ermittlung und Beurteilung des Bedarfs an zahnärztlicher Versorgung

1. Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist von Verhältniszahlen auszugehen. Sie werden getrennt für die zahnärztliche und für die kieferorthopädische Versorgung festgelegt. Zu diesem Zweck wird die Zahl der Einwohner durch die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte bzw. der Kieferorthopäden geteilt. Bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die kieferorthopädische Versorgung wird berücksichtigt, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der Versorgung teilhaben. Halbtags beschäftigte angestellte Zahnärzte werden mit dem Faktor 0,5 angesetzt. Dabei kann auch eine von dem Berechnungsergebnis abweichende Verhältniszahl festgesetzt werden, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten dies erfordert.

Soweit es für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, können für verschiedene Regionen der Bundesrepublik unterschiedliche Verhältniszahlen festgesetzt werden. Dabei sollen die Morbidität, die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sowie die Ziele und Erfordernisse der Raumplanung berücksichtigt werden. Werden für verschiedene Regionen unterschiedliche Verhältniszahlen festgelegt, so sind bei ihrer Ermittlung die Zahl der Einwohner bzw. der Zahnärzte in diesen Regionen zugrunde zu legen.

Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wird unter Beachtung von § 101 Satz 3 SGB V erstmals vom Stand vom 31.12.90 ausgegangen. Die Verhältniszahlen werden im Abstand von höchstens drei Jahren durch den Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen überprüft. Dabei ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen und der Zahnärtezahlen zu berücksichtigen.

2. Entsprechend Abschnitt D1 werden für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung folgende Verhältniszahlen festgelegt:
 - 2.1 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.
 - 2.2 Für die neuen Bundesländer werden die Verhältniszahlen nach D 2.1 bis zum 31. 12. 93 um 100 auf 1:1.180 bzw. 1:1.580 abgesenkt.
3. Entsprechend Abschnitt D1 wird für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:16.000 festgelegt.

Zur Beurteilung des Standes der kieferorthopädischen Versorgung in einem Planungsbereich ist festzustellen, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der kieferorthopädischen Versorgung teilhaben. Dabei ist der Leistungsanteil der allgemein tätigen Zahnärzte an der Zahl der abgerechneten Fälle des III. Quartals eines jeden Jahres zu ermitteln. Der Versorgungsgrad wird in diesem Falle in entsprechender Anwendung der Nummer 1 errechnet (Planungsblatt C).

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

4. Für die Beurteilung des sich unter Anwendung der Verhältniszahl ergebenden Versorgungsgrades sind nach Maßgabe der Planungsblätter insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:
 - 4.1 auf seiten der Zahnärzte deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie die Praxisstruktur (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft);
 - 4.2 auf seiten der Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der zahnärztlichen Leistungen.
5. Zur Feststellung des Versorgungsgrades sind zum 31. Dezember eines jeden Jahres unter Zugrundelegung der Übersichten des Abschnitts C für jeden Planungsbereich
Bedarfspläne a) für die zahnärztliche Versorgung,
Bedarfspläne b) für die kieferorthopädische Versorgung
zu erstellen.

Bei 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.
6. 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.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

E. Kriterien und Verfahren zur Feststellung einer eingetretenen oder drohenden zahnärztlichen Unterversorgung

1. Eine 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. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist zu vermuten, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet.

Eine 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. Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung im Sinne der Nummer 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. Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist, die zwei Monate nicht überschreiten darf, durchzuführen.

Ergibt die Prüfung für die Kassenzahnärztliche Vereinigung für einen Landesverband der Krankenkassen oder einen Verband der Ersatzkassen, dass nach den unter Nummer 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. Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Gebiet eine zahnärztliche Unterversorgung besteht oder unmittelbar droht.

Die Prüfung, ob die unter Nummer 1 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. Hält 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.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

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

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

F. Feststellung und Beurteilung einer zahnärztlichen Überversorgung

1. Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (Verhältniszahlen gem. Abschnitt D 2 und 3 dieser Richtlinien) um 10 v. H. überschritten ist. Die Feststellung, ob eine Überversorgung vorliegt, obliegt dem Landesausschuss gem. 16 b Abs. 1 ZV-Z. Abschnitt E 3 gilt entsprechend.
2. Der Zulassungsausschuss kann in Planungsbereichen, für die eine Überversorgung festgestellt worden ist, zusätzliche Vertragszahnarztsitze besetzen, soweit diese zur Wahrung der Qualität der zahnärztlichen Versorgung unerlässlich sind. Das gilt entsprechend für die Genehmigung der gemeinsamen Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit gem. § 33 Abs. 2 ZV-Z sowie für die Genehmigung als angestellter Zahnarzt gem. § 32 b ZV-Z. Zusätzliche Vertragszahnarztsitze sind insbesondere dann unerlässlich, wenn die Bewerber über Qualifikationen in bestimmten Tätigkeitsbereichen verfügen, die für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten erforderlich sind. Das ist der Fall, wenn der Bewerber um den Vertragszahnarztsitz Qualifikationen aufweist, die in dem betreffenden Planungsbereich nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.
3. Kommt der Landesausschuss nach einer erstmaligen Feststellung von Überversorgung aufgrund der weiteren Entwicklung und seiner Prüfung zu der Folgerung, dass Überversorgung nicht mehr besteht, so ist der Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis Überversorgung eingetreten ist. Die Auflage hat ferner die Bestimmung zu enthalten, dass über die Anträge nach Maßgabe der Reihenfolge ihres Einganges beim Zulassungsausschuss zu entscheiden ist.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

G. Gemeinsame Berufsausübung in einer Gemeinschaftspraxis und Beschäftigung von angestellten Zahnärzten

1. Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss einen Zahnarzt in einem Planungsbereich, für dessen Fachgebiet Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Zahnarzt (Vertragszahnarzt) in einer Gemeinschaftspraxis mit den Rechtswirkungen des § 101 Abs. 3 SGB V zuzulassen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - 1.1 Der antragstellende Zahnarzt erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung.
 - 1.2 Der schriftliche Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung in einer Gemeinschaftspraxis gemäß § 33 Abs. 2 ZV-Z ist vorzulegen.
 - 1.3 Der antragstellende Zahnarzt sowie bei Gemeinschaftspraxen auch die übrigen zugelassenen Praxisinhaber geben gegenüber dem Zulassungsausschuss eine schriftliche Erklärung zur Leistungsmengenbegrenzung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V nach näherer Maßgabe von Nummer 4 ab.
 - 1.4 Ist der Vertragszahnarzt allgemein zahnärztlich tätig, so kann der antragstellende Zahnarzt nur zur allgemein zahnärztlichen Tätigkeit zugelassen werden. Zur allgemein zahnärztlichen Tätigkeit gehört auch die Tätigkeit auf dem Weiterbildungsgebiet der zahnärztlichen Chirurgie (Oralchirurgie) und gegebenenfalls der Parodontologie. Ist der Vertragszahnarzt zur kieferorthopädischen Versorgung zugelassen, so kann der antragstellende Zahnarzt nur zur kieferorthopädischen Versorgung zugelassen werden.
2. Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss einem Vertragszahnarzt die Genehmigung zur Beschäftigung eines ganztags beschäftigten Zahnarztes oder bis zu zwei halbtags beschäftigten Zahnärzten als angestellte Zahnärzte im Sinne von § 32 b ZV-Z zu erteilen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - 2.1 Der Antrag des Vertragszahnarztes sowie der Anstellungsvertrag erfüllen die Voraussetzungen des § 32 b ZV-Z.
 - 2.2 Der schriftliche Arbeitsvertrag über die Beschäftigung als angestellter Zahnarzt ist vorzulegen.
 - 2.3 Der anstellende Vertragszahnarzt gibt gegenüber dem Zulassungsausschuss eine schriftliche Erklärung zur Leistungsmengenbegrenzung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V nach näherer Maßgabe von Nummer 4 ab.
 - 2.4 Ist der Vertragszahnarzt allgemein zahnärztlich tätig, so kann der ganz- oder halbtags beschäftigte Zahnarzt nur allgemein zahnärztlich angestellt werden.

Ist der Vertragszahnarzt zur kieferorthopädischen Versorgung zugelassen, so kann der ganz- oder halbtags beschäftigte Zahnarzt nur kieferorthopädisch angestellt werden.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

3. Nummern 1.4 und 2.4 finden nur Anwendung, wenn alle Vertragszahnärzte einer Gemeinschaftspraxis entweder zur allgemein zahnärztlichen Tätigkeit oder zur kieferorthopädischen Tätigkeit zugelassen sind.
4. Vor der Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bzw. der Genehmigung der Anstellung haben die in der Praxis bereits tätigen Vertragszahnärzte bzw. der anstellende Vertragszahnarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss eine schriftliche Verpflichtungserklärung abzugeben, dass sie während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller bzw. während der Anstellung des Zahnarztes den bisherigen Leistungsumfang nicht wesentlich überschreiten werden und die dazu nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen vom Zulassungsausschuss festgelegten Leistungsbeschränkungen anerkennen. Der Zulassungsausschuss hat die Verpflichtung mit der Zulassung des antragstellenden Zahnarztes bzw. der Genehmigung der Anstellung des Zahnarztes als Auflage zu verbinden.
5. Vor der Zulassung bzw. der Genehmigung der Anstellung legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs das Gesamtpunktzahlvolumen fest, das bei der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen durch den Vertragszahnarzt nach der Bildung bzw. Erweiterung der Gemeinschaftspraxis bzw. der Anstellung des Zahnarztes als Leistungsbegrenzung maßgeblich ist und nicht wesentlich überschritten werden darf (Obergrenze). Der Festsetzung des Gesamtpunktzahlvolumens sind die Abrechnungen zugrunde zu legen, die in den letzten vier abgerechneten Quartalen über die KZV vorgenommen worden sind. Der Zulassungsausschuss legt fest, welche Quartale herangezogen werden. Bei der Versorgung mit Zahnersatz und bei kieferorthopädischer Behandlung sind jeweils die vollen Punktzahlen der abgerechneten Leistungen zugrunde zu legen. Die im entsprechenden Vergleichszeitraum vom Vertragszahnarzt abgerechneten Punkte dürfen das festgesetzte Gesamtpunktzahlvolumen um nicht mehr als 3 % v. H. überschreiten. Außergewöhnliche Entwicklungen im Vergleichszeitraum werden gemäß Nummer 6 berücksichtigt. Der Zulassungsausschuss trifft seine Feststellungen auf der Grundlage der ihm durch die KZV übermittelten Angaben. Das Gesamtpunktzahlvolumen wird durch die KZV nach näherer Maßgabe der Nummer 7 angepasst.
6. Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragszahnarztes ein Vergleich über vier Quartale nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Gesamtpunktzahlvolumen nach Maßgabe des Durchschnitts der von den allgemein tätigen Zahnärzten bzw. der Kieferorthopäden im KZV-Bereich abgerechneten Gesamtpunktzahlvolumina als Obergrenze fest. Bei längeren Unterbrechungen (wie z. B. Krankheit, Schwangerschaft, Betreuung und Erziehung von Kindern) kann der Zulassungsausschuss das Gesamtpunktzahlvolumen nach Maßgabe der von dem Vertragszahnarzt in den zuletzt abgerechneten vier Quartalen vor der Unterbrechung abgerechneten Gesamtpunkte als Obergrenze festlegen.

Soll der antragstellende bzw. der zu beschäftigende Zahnarzt in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so erfolgt die Berechnung des Gesamtpunktzahlvolumens auf der Grundlage des Punktzahlvolumens, das im Vergleichszeitraum durchschnittlich auf jeden der schon bisher tätigen Partner der

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Gemeinschaftspraxis entfallen ist. Im übrigen ist der Umfang der Leistungsbeschränkung unabhängig vom Beschäftigungsumfang des antragstellenden bzw. zu beschäftigenden Zahnarztes zu bestimmen.

7. Auf Antrag des Vertragszahnarztes ist das Gesamtpunktzahlvolumen neu zu bestimmen, wenn Änderungen des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen oder vertragliche Vereinbarungen bzw. gesetzliche Bestimmungen Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. Die KZVen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können eine Neufestsetzung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine Veränderung bewirken und die Beibehaltung des durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumens eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung oder Benachteiligung darstellen würde.
8. Die zugelassenen bzw. genehmigten Zahnärzte werden für die Dauer ihrer Beschäftigung sowie nach Maßgabe von § 101 Abs. 3 SGB V nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.
9. Eine vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Zahnarzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erneut einen Zahnarzt anstellt. Ist für den Vertragszahnarzt aufgrund von § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V nach Aufnahme eines weiteren Vertragszahnarztes im Rahmen einer ausnahmsweisen Gemeinschaftspraxisbildung bereits eine Leistungsbeschränkung durch den Zulassungsausschuss festgelegt worden, so darf diese im Falle der Anstellung von Zahnärzten – auch hinsichtlich entsprechender Anteile bei Anstellung eines Zahnarztes – nicht erweitert werden.
10. Übergangsregelung

Die erstmaligen Festlegungen der Obergrenzen gemäß Nummer 5, die bis zum 30.06.2000 erfolgen, sind vorläufig. Bei ihnen werden die durchschnittlichen Gesamtpunktzahlvolumina aller Zahnärzte zugrunde gelegt.

Bei der erstmaligen Festlegung der Obergrenzen, die bis zum 31.12.1999 erfolgen, werden die Abrechnungen für das 1. Halbjahr 1999 verdoppelt.

Bei der erstmaligen Festlegung der Obergrenzen, die bis zum 31.03.2000 erfolgen, werden die Abrechnungen für das 1. bis 3. Quartal 1999 um ein Drittel erhöht.

Bei der erstmaligen Festlegung der Obergrenzen, die bis zum 30.06.2000 erfolgen, werden die Abrechnungen des Jahres 1999 herangezogen.

Die vorläufigen Festlegungen der Obergrenzen werden nach Vorliegen der Abrechnungen für die Quartale III/1999 bis II/2000 durch endgültige verbindliche Festsetzungen der Gesamtpunktzahlvolumina auf der Grundlage von Nummer 5 ersetzt.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

H. Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer

1. *(gestrichen aufgrund des Beschlusses des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vom 24. Juli 1998.)*
2. Über die Regelung von Abschnitt F 2 hinaus können Zahnärzte aus Gesundheitseinrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V ausnahmsweise als Vertragszahnarzt in Gebieten zugelassen werden, für die eine Überversorgung festgestellt worden ist, wenn die Gesundheitseinrichtung aufgelöst wird. Die Zulassung nach Satz 1 kann nur in dem Planungsbereich erfolgen, in dem die Gesundheitseinrichtung ihren Sitz hat.

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

I. Planungsblätter

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

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

J. Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am Tage nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Köln, 12. März 1993

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende

MinDir a. D. Heinz Ströer

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Planungsblatt A
Anlage 2	Planungsblatt B
Anlage 3	Planungsblatt C
Anlage 4	nicht besetzt
Anlage 5	nicht besetzt
Anlage 6	Zu Abschnitt D der Richtlinien

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: Gemeinden und Stadtteile innerhalb des in der Kopfspalte aufgeführten Planungsbereichs

Sp. 2: Abrechnungs-Nummer der Zahnärzte des aufgeführten Planungsbereichs in der Reihenfolge der einzelnen Gemeinden und Stadtteile des Planungsbereichs

Sp. 3: vierstelliges Geburtsjahr

Sp. 4: Zahl der angestellten Zahnärzte gem. § 32b ZV-Z zum jeweiligen Stand. Halbtags beschäftigte Zahnärzte sind mit dem Faktor 0,5 anzusetzen. Für die neuen Bundesländer sind die in den Gesundheitseinrichtungen nach § 311 SGB V beschäftigten Fachzahnärzte und die vom Zulassungsausschuss genehmigten Zahnärzte anzusetzen.

Sp. 5: 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.6-7: Zahl der Abrechnungsfälle im Bereich KONS und Kfo aus dem zuletzt abgerechneten III. Quartal sämtlicher Krankenkassen. Das Jahr ist im Spaltenkopf anzugeben.

Sp. 8: Praxisbesonderheiten

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:

$$\frac{\text{Bereinigte Einwohnerzahl (Sp.4)}}{\text{Verhältniszahl gem. D2 der Richtlinien}} = \text{Rechnerischer Zahnarztbedarf (kaufm. auf eine Nachkommastelle gerundet)}$$

Sp. 6: Feststellung der Grenze zur Überversorgung (Versorgungsgrad 110 %) aus dem Rechenergebnis:

$$\frac{\text{Bereinigte Einwohnerzahl (Sp.4)} \times 1,1}{\text{Verhältniszahl gem. D2 der Richtlinien}} = \text{Rechnerischer Zahnarztbedarf bis zur Überversorgung (kaufm. auf eine Nachkommastelle gerundet)}$$

Sp. 7: Zahl der Vertragszahnärzte zum jeweiligen Stand

Sp. 8: Zahl der angestellten Zahnärzte gem. § 32b ZV-Z zum jeweiligen Stand. Halbtags beschäftigte Zahnärzte sind mit dem Faktor 0,5 anzusetzen. Für die neuen Bundesländer sind die in den Gesundheitseinrichtungen nach § 311 SGB V beschäftigten Fachzahnärzte und die vom Zulassungsausschuss genehmigten Zahnärzte anzusetzen.

Sp. 9: Zahl der Zahnärzte einschließlich angestellte Zahnärzte (Spalte 7 und Spalte 8)

Sp. 10: Es ist anzugeben, in welchem Umfang Allgemeinzahnärzte kieferorthopädisch tätig sind. Die Ermittlung erfolgt nach folgender Formel:

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

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Dabei bedeutet:

K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Z_A = Zahl der Zahnärzte aus Spalte 9

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

Sp.12: Feststellung des Versorgungsgrades in % als Rechenergebnis aus

$$\frac{\text{Sp.11}}{\text{Sp. 5}} \times 100$$

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 7) bzw. die in Kfo-Praxen angestellten Zahnärzte (Spalte 8) zu berücksichtigen sind.

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

Sp. 10: Die Berechnung der Kfo-Anrechnung der Allgemeinzahnärzte in Spalte 10 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. 11: Zahl der bei der kieferorthopädischen Versorgung zu berücksichtigenden Fach-/Zahnärzte
(Sp. 9 + Sp. 10)

Sp. 12: Die Feststellung des Kfo-Versorgungsgrades in % erfolgt als Rechenergebnis aus

$$\frac{\text{Sp.11}}{\text{Sp.5}} \times 100$$

7.

Bedarfsplanungs-Richtlinien

Anlage 6 zu Abschnitt D in der Fassung des Beschlusses des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vom 24.07.1998, gültig ab 01.01.1999**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 Freiburg

Freiburg, Stadt

KZV Hamburg

Hamburg, Stadt

KZV Hessen

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

KZV Karlsruhe

Karlsruhe, Stadt
 Heidelberg, Stadt
 Mannheim, Stadt
 Pforzheim, Stadt

KZV Sachsen-Anhalt

Halle/Saale, Stadt
 Magdeburg, Stadt

KZV Schleswig-Holstein

Kiel, Stadt
 Lübeck, Stadt

KZV Stuttgart

Stuttgart, Stadt
 Heilbronn, Stadt

KZV Koblenz-Trier

Koblenz, Stadt

KZV Mecklenburg-Vorpommern

Rostock, Stadt

KZV Niedersachsen

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

KZV Nordrhein

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

KZV Pfalz

Kaiserslautern, Stadt
 Ludwigshafen, Stadt

KZV Rheinhessen

Mainz, Stadt

KZV Saarland

Stadtverband Saarbrücken

KZV Sachsen

Chemnitz, Stadt
 Dresden, Stadt
 Leipzig, Stadt
 Zwickau, Stadt

KZV Thüringen

Erfurt, Stadt
 Gera, Stadt
 Jena, Stadt

KZV Tübingen

Ulm, Stadt

KZV Westfalen-Lippe

Münster, Stadt
 Bielefeld, Stadt