Allgemeine Bestimmungen/Richtlinien

Inhalt

Allgemeine Bestimmungen/Richtlinien

Seite

Allgemeine Bestimmungen. IX–3
des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen
gem. § 87 Abs. 2 und 2h SGB V

Behandlungsrichtlinie IX–7
Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende,
zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen IX–25
über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

Richtlinien des Bundesausschusses gem. § 91 Abs. 6 SGB V IX–31
in der Besetzung für die vertragszahnärztliche Versorgung über die
Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
(Neufassung)

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen IX–37
für die **kieferorthopädische Behandlung**

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine IX–53
ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche
Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (**Zahnersatz-Richtlinie**)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen IX–61
zur Verhütung von **Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und
Menschen mit Behinderungen** (Richtlinie nach § 22a SGB V)

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V (BEMA)

Anlage A zum Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

In der Fassung vom 04.06. und 05.11.2003

Datum des Inkrafttretens: 01.01.2004

Zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen vom 13.05.2019

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2019

Allgemeine Bestimmungen

1. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

   Der Inhalt des Leistungsanspruchs der Versicherten und der Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung ergibt sich auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen des SGB V aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Verbindung mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen.

2. Eine Leistung ist als selbständige Leistung dann nicht abrechnungsfähig, wenn sie Bestandteil einer anderen abrechnungsfähigen Leistung ist. Eine Leistung ist aber nur dann abrechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wird.

3. Zahnärztliche Leistungen , die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 BEMA-Punkt anzusetzen. Die ermittelten Bewertungszahlen sind auf ganze Zahlen aufzurunden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist im Rahmen der Ausübung der Zahn-, Mundund Kieferheilkunde nach folgender Maßgabe anzuwenden:

   Abschnitte B IV (Nrn. 55, 56, 61, 62), B V, B VI (Nrn. 70,75), C (**Nrn. 200, 204, 210 – nicht in derselben Sitzung mit operativen Eingriffen oder Wundversorgungen**, Nrn. 250, 251, 252 – nicht für die Injektion zu Heilzwecken –, 253, 254, 255, 271, 272, 300, 303) J, L und N finden Anwendung, soweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine vergleichbaren Leistungen enthält.

3a. Für die Berechnung von Wegegeld und Reiseentschädigung gilt § 8 Abs. 2 und 3 GOZ.

   Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.12.2012: Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, dass über die Anpassung des Wegegeldes und/oder der Reiseentschädigung spätestens dann zu verhandeln ist, wenn das Wegegeld und/oder die Reiseentschädigung gemäß § 8 Abs. 2 und 3 GOZ für einen Zeitraum von sechs Jahren nicht erhöht worden sind.

4. Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenzahnärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.

5.[1] Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sowie die zahntechnischen Laborkosten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, und die Versand- und Portokosten. Die Kosten der Röntgendiagnostik – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten – sind in den Leistungsansätzen enthalten.

6. Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 04.06. und 05.11.2003 beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gilt vom 01.01.2004 an, soweit nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist.

   a) Für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden und deren Behandlung noch andauert, gelten für die bis zum 30.06.2004 erbrachten Leistungen die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung weiter. Dies gilt entsprechend für Verlängerungsbehandlungen, die vor dem 01.01.2004 beantragt worden sind. Ab dem 01.07.2004 gilt für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung. Alle im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung anfallenden Begleitleistungen nach BEMA-Teil 1 (insbesondere Leistungen der Individualprophylaxe, Zahnsteinentfernung, Beratungen und Röntgenleistungen) sind auch bei den Übergangsfällen nach den ab dem 1. Januar 2004 gültigen Abrechnungsbestimmungen abzurechnen. Dies gilt entsprechend für parodontologische und prothetische Behandlungen.

   b) Für parodontologische Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein Parodontalstatus ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, sofern die Parodontalbehandlung bis zum 30.06.2004 abgeschlossen wird.

   c) Für alle prothetischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 Heil- und Kostenpläne ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12. 2003 gültigen Fassung, sofern die Zahnersatzversorgungen bis zum 31.07.2004 eingegliedert werden.

---

1 (Siehe auch Beschluss Nr. 32 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ (ab 01.01.2005 § 29 EKVZ) vom 27.11.1973, gültig ab 01.01.1974 – gilt nur für Ersatzkassen)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung

(Behandlungsrichtlinie)

vom 4. Juni 2003/24. September 2003
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003, Seite 24 966
in Kraft getreten am 1. Januar 2004

zuletzt geändert am 1. März 2006,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 4466
in Kraft getreten am 18. Juni 2006

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, zahnsubstanzschonende 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 mit verantwortlich; 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 aufgebrachten 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.

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.

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.

2) Die konservierende Behandlung sollte ursachengerecht, zahnsubstanzschonend und präventionsorientiert erfolgen. Jeder Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, soll erhalten werden. Jeder kariöse Defekt an einem solchen Zahn soll behandelt werden. Dabei soll die gesunde natürliche Zahnhartsubstanz soweit wie möglich erhalten bleiben. Die Regelungen zur endodontischen Behandlung in Nummer 9 dieser Richtlinien sind zu beachten.

3) Die konservierende Behandlung der Zähne soll so erfolgen, dass

   d) die Kavitäten unter Beachtung der Substanzschonung präpariert werden,

   e) die Karies vollständig entfernt wird,

   f) notwendige Maßnahmen zum Pulpenschutz durchgeführt werden,

   g) Form und Funktion der Zähne wiederhergestellt werden,

   h) die Füllungsoberflächen 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.

Mehrfarbentechnik 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.

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 Freiendsituation 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 mechanischchemisch 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 Freiendsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

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.

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 Freiendsituation 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.

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."

V Systematische Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung)

1) Grundlagen, Ziel der Behandlung und Indikationen

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

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

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

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

Die systematische Parodontitistherapie kann umfassen:

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

Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, wenn ein Parodontaler Screening-Index (PSI)-Wert von Code 3 oder 4 (Anlage) erhoben wird oder wenn eine der

folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt:

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

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 immunsuppressiven Medikamenten, Osteoporose)
- Familienanamnese im Hinblick auf Parodontalerkrankungen
- Spezielle Anamnese (Schmerzen/Vorbehandlungen).

Die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:

- Taschentiefen und Blutung der Zahnfleischtaschen auf Sondieren

- parodontale Rezessionen, um einen Ausgangswert für die Beurteilung einer möglichen Progression der Parodontitis zu erheben; fakultativ und alternativ kann auch der klinische Attachmentverlust aufgezeichnet werden.

- Furkationsbefall:
  Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung
  Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung
  Grad 3 = durchgängig

- Zahnlockerung:
  Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)
  Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)
  Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung

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

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

3) Prognose

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

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

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

- Vorliegen systemischer Risikofaktoren (z.B. schlecht eingestellte 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.

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.

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.

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.

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.

VII Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen

1) Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen legt in Richtlinien gem. § 92 Abs. 1 SGB V die seltenen Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle fest, in denen der Anspruch auf implantologische Leistungen einschließlich der Epithesen und/oder der Suprakonstruktionen (implantatgetragener Zahnersatz) im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V als Sachleistung besteht. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen folgt dabei den Intentionen des Gesetzgebers, dass Versicherte nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen diese Leistungen erhalten.

2) Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V liegen in den in Satz 4 aufgeführten besonders schweren Fällen vor. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen besteht Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. In den Fällen von Satz 4 Buchstaben a) bis c) gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist.

   Besonders schwere Fälle liegen vor

   a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache
      - in Tumoroperationen,
      - in Entzündungen des Kiefers,
      - in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
      - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
      - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
      - in Unfällen
      - haben,

   b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung

   c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,

   d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

3) Bei extraoralen Defekten im Gesichtsbereich nach Tumoroperationen oder Unfällen oder infolge genetisch bedingter Nichtanlagen ist die operative Deckung der Defekte das primäre Ziel. Ist eine rein operative Rehabilitation nicht möglich und scheidet die Fixierung von Epithesen zum Defektverschluss durch andere Fixierungsmöglichkeiten aus, so ist eine Verankerung von Epithesen durch Implantate angezeigt.

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.

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.

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.

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.

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).

IV Hinweise auf Verordnungsmöglichkeiten und Preisgestaltung

1) Zur wirtschaftlichen Verordnungsweise gehört auch die Verpflichtung des Zahnarztes, sich im Rahmen des Möglichen über die Preise der Arzneimittel zu unterrichten.

2) Bei der Verordnung von Fertigarzneimitteln muss der Zahnarzt die Arzneiform angeben und auf die richtige Mengenangabe der abgabefertigen Packung achten. Beim Verschreiben von Tabletten, Dragees und dergleichen in abgabefertigen Packungen ist, wenn diese mit verschiedenem Gehalt an wirksamen Stoffen im Handel sind, die Menge des wirksamen Bestandteiles anzugeben. Zusätze zum Arzneimittelnamen, wie z. B. forte, mite, retard sind anzugeben. Die Verordnung eines Arzneimittels ohne die Angaben kann unwirtschaftlich sein, weil der Apotheker dann verpflichtet ist, die Packung mit dem niedrigsten Wirkstoffgehalt, bei gleichem Wirkstoffgehalt die Packung mit der kleinsten Menge, abzugeben.

3) Für die Inanspruchnahme der Apotheken in der Zeit von 20 Uhr bis 7 Uhr können die Apotheken ein zusätzliches Entgelt berechnen. Deshalb müssen alle Verordnungen, deren Belieferung während dieser Zeit erforderlich ist, mit dem Vermerk noctu oder cito versehen werden.

Berlin, 04.06.2003 und Köln, 24.09.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) vom 04. Juni 2003 in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung

Beschluss des Bundesausschusses am 04.06.2003

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.

Karies-Index DMF-T / DMF-S:

Bleibende Zähne	Milchzähne		
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.

7) Die Individualprophylaxemaßnahmen werden nach Maßgabe des Zahnheilkundegesetzes und der geltenden Ausbildungs- und Fortbildungsbestimmungen durchgeführt.

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 Erklä-

rungen 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.

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 Mundhygienezustand eines Versicherten trotz wiederholter Motivationsmaßnahmen nicht, so sind nur noch der Mundhygienestatus und Fluoridierungen zweckmäßig.

13) In ein Bonusheft ist bei den 12- bis 17jährigen 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.

C. Fissurenversiegelung

15) Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Versiegelung von kariesfreienFissuren 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

Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V): Neufassung

Vom 17. Januar 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Januar 2019 die Neufassung der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 2 SGB V) beschlossen:

I) Die Richtlinien werden wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztlicheFrüherkennung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 5 SGB V/FU-RL)

A. Allgemeiner Teil

§1 Regelungsgegenstand der Richtlinie

Diese Richtlinie regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 in Verbindung mit § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 5 SGB V Voraussetzungen, Art, Umfang und Intervalle der zahnärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung und Vermeidung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Versicherten, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§2 Ziel der Früherkennungsuntersuchungen

(1) [1]Die Früherkennungsuntersuchungen dienen der Erkennung von Zahn-, Mund- undKieferkrankheiten sowie der Vermeidung von Karies, einschließlich frühkindlicherKaries, und Gingivitis. 2Weiterhin sollen durch sie Neuerkrankungen festgestellt undbewirkt werden, dass eine Behandlung frühzeitig eingeleitet und ein Fortschreiten derErkrankung verhindert wird.

(2) Mit den Früherkennungsuntersuchungen sollen insbesondere Kinder betreut werden,die nicht durch Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V erreicht werden.

B. Früherkennungsuntersuchungen bei Kleinkindern vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat

§ 3 Abstimmung mit anderen Maßnahmen

(1) Die Früherkennungsuntersuchungen nach Teil B dieser Richtlinie sind auf die ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen, die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern in der jeweils geltenden Fassung geregelt sind, abzustimmen.

(2) Bei behandlungsbedürftigen Befunden soll zeitnah eine dem Entwicklungsstand des Kindes sowie dessen Fähigkeit zur Mitwirkung entsprechende Behandlung erfolgen.

§ 4 Intervalle der Früherkennungsuntersuchungen

[1]Versicherte haben im Alter vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat Anspruch auf insgesamt drei Früherkennungsuntersuchungen, von denen jeweils eine im Alter vom 6. bis zum vollendeten 9., vom 10. bis zum vollendeten 20. und vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat erbracht werden kann. 2Der Abstand zwischen zwei Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens vier Monate.

§ 5 Inhalt und Umfang der Früherkennungsuntersuchungen

Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen umfassen:

a) die Inspektion der Mundhöhle,

b) Aufklärung der Betreuungspersonen über die Ätiologie oraler Erkrankungen,

c) die Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Betreuungspersonen mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke auch mittels Nuckelflasche, verbesserte Mundhygiene und – soweit erforderlich – einschließlich praktischer Anleitung der Betreuungspersonen zur Mundhygiene beim Kind,

d) die Erhebung der Anamnese zu Fluoridierungsmaßnahmen sowie -empfehlungen, zum Ernährungsverhalten (insbesondere zum Nuckelflaschengebrauch) sowie zum Zahnpflegeverhalten durch die Betreuungspersonen,

e) die Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel (fluoridhaltige Zahnpaste, fluoridiertes Speisesalz u. Ä.).

§ 6 Anwendung von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung

Zusätzlich zu den Früherkennungsuntersuchungen haben Versicherte im Alter vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat zweimal je Kalenderhalbjahr Anspruch auf eine Anwendung von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung.

C. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern ab dem 34. Lebensmonat bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahrs

§ 7 Abstimmung mit anderen Maßnahmen

(1) [1]Mit den Früherkennungsuntersuchungen (siehe § 9) sollen insbesondere die Kinder betreut werden, die keine Einrichtungen besuchen, die gruppenprophylaktische Maßnahmen durchführen. 2Vor allem sollen die Kinder betreut werden, die ein hohes Kariesrisiko aufweisen und nicht bereits in ein anderweitiges Intensivprogramm eingebunden sind (siehe §§ 9 und 10).

(2) [1]Die zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen nach Teil C dieser Richtlinie sind auf die ärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern in der jeweils geltenden Fassung geregelt sind, abzustimmen. 2Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und die in § 10 genannten Maßnahmen sollen die Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe ergänzen. 3Die Zahnärztin oder der Zahnarzt klärt vor Beginn der Untersuchungen ab, welche Maßnahmen das Kind im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Anspruch nimmt. 4Sie oder er hat die eigenen Tätigkeiten darauf abzustimmen.

§ 8 Inhalt und Umfang der Früherkennungsuntersuchungen

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, Zahnpaste u. Ä.) und gegebenenfalls die Abgabe oder Verordnung von Fluoridtabletten.

§ 9 Intervalle der Früherkennungsuntersuchungen

[1]Nach Teil C dieser Richtlinie werden bei Kindern drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt. 2Die erste Untersuchung findet grundsätzlich ab

dem 34. Lebensmonat statt. 3Die beiden weiteren Untersuchungen finden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres statt. 4Der Abstand zwischen den Untersuchungen beträgt mindestens 12 Monate.

§ 10 Anwendung von Fluoridlack

[1]Ab dem 34. Lebensmonat ist bei Kindern mit hohem Kariesrisiko ergänzend zu den oben genannten Maßnahmen die Anwendung von Fluoridlack zur Kariesvorbeugung angezeigt.

[2]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.

[3]Für diese Kinder sollen die lokalen Fluoridanwendungen in regelmäßigen Abständen zweimal je Kalenderhalbjahr vorgenommen werden. 4Diese Maßnahmen sind auf die Fluoridierungsanwendungen in der Gruppenprophylaxe abzustimmen.

§ 11 Weitere Maßnahmen

Soweit kariöse Defekte festgestellt werden, sind diese vorrangig zu sanieren."

II) Die Richtlinie tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger, frühestens jedoch am 1. Juli 2019 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 17. Januar 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung

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

A. Allgemeines

1) Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen gem. § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung im Sinne der §§ 2, 12 Abs. 1, 28 Abs. 2, 29 und 70 SGB V sichern.

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

3) Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt Art und Umfang der Maßnahmen. Er hat dabei auf eine sinnvolle Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebrachten Mittel der Krankenversicherung zu achten.

4) Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Zahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Arztes vornimmt.

5) Es sollen nur Untersuchungs- oder Heilmethoden angewandt werden, deren diagnostischer oder therapeutischer Wert ausreichend gesichert ist. Die Erprobung solcher Methoden auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.

6) Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, dass auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.

B. Vertragszahnärztliche Behandlung

1) Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die kieferorthopädische Behandlung, wenn durch sie eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung die Funktion des 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 er-

forderlich. Die Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (Anlage 2 zu diesen Richtlinien) sind für die Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung verbindlich. Bei der klinischen Untersuchung zur Feststellung des Behandlungsbedarfsgrades sind in der Regel keine weiteren diagnostischen Leistungen erforderlich.

3) Bedarf es in Einzelfällen zusätzlicher Untersuchungen, Beratungen sowie ggf. weiterer diagnostischer Leistungen zur Überprüfung, ob die kieferorthopädische Behandlung der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, gehören auch diese zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diagnostische Leistungen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.

4) Kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

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

   Schwere Kieferanomalien in diesem Sinne liegen nach Maßgabe der Anlage 3 zu diesen Richtlinien vor bei
   - angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer,
   - skelettalen Dysgnathien und
   - verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen,

   sofern eine Einstufung mindestens in die Behandlungsbedarfsgrade A5, D4, M4, O5, B4 oder K4 der Indikationsgruppen festgestellt wird.

   In diesen Fällen ist ein aufeinander abgestimmtes kieferchirurgisches und kieferorthopädisches Behandlungskonzept zu erstellen.

5) Die eigenverantwortliche Befunderhebung, Diagnostik und Planung sind Grundlage der kieferorthopädischen Behandlung. Das Maß der jeweiligen Beeinträchtigung ist durch objektivierbare Untersuchungsbefunde zu belegen. Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen diagnostischen Leistungen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen.

   Die Durchführung jeder kieferorthopädischen Behandlung setzt eine dem jeweiligen Behandlungsfall entsprechende Patientenuntersuchung sowie die Erhebung, Auswertung und ärztliche Beurteilung von Befundunterlagen voraus. Aus der selbständigen Erhebung und Auswertung von Befunden und Behandlungsunterlagen und ihrer diagnostischen Zusammenfassung ist vom Zahnarzt persönlich und eigenverantwortlich eine Behandlungsplanung zu erarbeiten. Für die Planung und Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung sind je nach Indikation neben der Anamnese und klinischen Untersuchung folgende Unterlagen erforderlich:

a) Gebissmodelle des Ober- und Unterkiefers mit fixierter Okklusion und dreidimensional orientiert (Planungsmodell) einschließlich Analyse.

   Das Modell des einzelnen Kiefers muss neben der genauen Darstellung der Zähne und des Alveolarkammes auch die Kieferbasis und die Umschlagfalte der Gingiva abbilden.

b) Röntgenologische Darstellung aller Zähne und Zahnkeime beider Kiefer.

   Dabei soll einem strahlenreduzierten Aufnahmeverfahren, z. B. der Panoramaschichtaufnahme, der Vorzug gegeben werden.

c) Fernröntgenseitenbild mit Durchzeichnung und schriftlicher Auswertung zur Analyse skelettaler und/oder dentaler Zusammenhänge der vorliegenden Anomalie und/oder für Wachstumsvorhersagen.

d) Röntgenaufnahme der Hand mit Auswertung
   - bei Abweichung des chronologischen vom Dentitionsalter nur dann, wenn eine Orientierung über das Wachstumsmaximum und das Wachstumsende notwendig ist, oder
   - wenn nach abgeschlossener Dentition die Kenntnis des skelettalen Alters für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung erforderlich ist.

e) Profil- und Enface-Fotografie mit diagnostischer Auswertung als Entscheidungshilfe für Therapiemaßnahmen, soweit Abweichungen von einem geraden Profil, periorale Verspannungen oder Habits vorliegen, die einen zwanglosen Mundschluss unmöglich machen.

6) Der Vertragszahnarzt erhebt die Anamnese, stellt die Diagnose aus den Einzelbefunden einschließlich der Prognose und verfasst die Epikrise. Diese Leistungen sind persönlich und eigenverantwortlich zu erbringen.

   Auf dieser Grundlage erarbeitet er persönlich und eigenverantwortlich die Therapie- und Retentionsplanung einschließlich der Planung der erforderlichen Geräte.

7) Kieferorthopädische Behandlungen sollen nicht vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) begonnen werden.

8) Kieferorthopädische Maßnahmen vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) sind im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in folgenden Ausnahmefällen angezeigt:

   a) Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5 oder bei einem habituell offenen Biss mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 4,

b) Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlusts,

c) Frühbehandlung eines Distalbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad K 3 oder K 4, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne mit dem Behandlungsbedarfsgrad B 4, eines progenen Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5 oder die Behandlung zum Öffnen von Lücken mit dem Behandlungsbedarfsgrad P 3.

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

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

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

9) Gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten der kieferorthopädischen Behandlung, so soll der Zahnarzt diejenige vorsehen, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist.

10) Ist zu vermuten, dass Fehlbildungen mit Abweichungen in anderen Bereichen (z. B. Nasenscheidewand) zusammenhängen, so soll ein entsprechender Gebietsarzt, z. B. für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, hinzugezogen werden.

11) Werkstoffe, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie schädliche Wirkungen haben, dürfen nicht verwendet werden. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig.

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

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

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

13) Diese Richtlinien treten am 01.01.2004 in Kraft.

Berlin, 04.06.2003 und

Köln, den 24.09.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

Anlage 1 Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG)

Anlage 2 Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)

Anlage 3 zu Abschnitt B Nr. 4 der Richtlinien

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

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 •	D	bis 3	über 3, bis 6		über 6, bis 9	über 9
	• mesial	M				0 bis 3	über 3
Vertikale Stufe	offen (auch seitlich)	O	bis 1	über 1, bis 2	über 2, bis 4	über 4 habituell offen	über 4 skelettal offen
	tief	T	über 1, bis 3	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	unter 1	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 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 Hemmungsmissbildungen bzw. Wachstumsstörungen und Anomalien der Zahnzahl, Verlagerungen etc., die einer komplexen kieferorthopädischen, häufig interdisziplinären Therapie bedürfen. Die therapeutischen Maßnahmen erstrecken sich oft über einen Zeitraum von vielen Jahren.

Zu den Fällen der Gruppe A zählen auch Patienten mit Morbus Down (Trisomie 21), wenn durch eine Therapie im Säuglings- und Kleinkindalter gravierende Funktionsstörungen, meist der Zunge, zu korrigieren sind.

U Unterzahl

(nur wenn präprothetische Kieferorthopädie oder kieferorthopädischer Lückenschluss indiziert)

Bei vorhandenen oder zu erwartenden Lücken durch Zahnunterzahl infolge Nichtanlage oder Zahnverlust [aus pathologischen Gründen oder als Folge eines Traumas] kann sowohl ein prothetischer Lückenschluss als auch ein kieferorthopädischer Lückenschluss sinnvoll sein, um Zahnwanderungen, Kippungen, Störungen der statischen bzw. dynamischen Okklusion, Beeinträchtigungen der Funktion, Phonetik, Ästhetik und Psyche zu vermeiden.

Ist ein prothetischer Lückenschluss geplant, kann eine präprothetischkieferorthopädische 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.

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 Okklusalflächen 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.

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.

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 „KFORichtlinien“ 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.

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

Vorwort:

Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in einer Protokollnotiz zu den Kfo-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss gem. § 91 Abs. 6 SGB V) folgendes festgehalten:

„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 „KFORichtlinien" 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."

Hierzu stellen die Vertragspartner folgendes fest:

- Seit Einführung der KIG zur Beurteilung der Leistungspflicht der Krankenkassen bei gesetzlich versicherten Patienten ist die Handhabung des § 29 SGB V deutlich übersichtlicher und nachvollziehbarer und für alle Beteiligten vereinfacht.
- Die vereinbarte Überprüfung der KIG soll eventuelle Schwachstellen herausarbeiten und darstellen.
- Einigkeit besteht in der grundsätzlichen Beibehaltung der KIG.
- Einigkeit besteht ebenso in der Beurteilung der kritisch zu definierenden Punkte innerhalb der KIG. Dies sind die Einstufungen T, E und P und K.

Die Vertragspartner haben die Entwicklung der KIG-Gruppen beraten. Dabei wurde ein Konkretisierungsbedarf zu einzelnen KIG-Gruppen festgestellt. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren eine gemeinsame Auslegung zur Anwendung der Anlage 2 zu Abschnitt B Nr. 2 der Kfo-Richtlinien zu den folgenden KIG-Gruppen:

1. KIG-Gruppe T 3

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

2. KIG-Gruppen E und P

   „Für die Messung nach Gruppe E ist das Ausmaß von Abweichungen einzelner permanenter Zähne vom idealen Zahnbogen ausschlaggebend."

   „Ein Fall ist in die KIG-Gruppe E einzuordnen, wenn ein Engstand in der Front vorliegt. Handelt es sich jedoch um einen Platzmangel distal der seitlichen Schneidezähne, erfolgt die Zuordnung zur Gruppe P."

3. Frühbehandlung bei KIG P 4

   „Eine Frühbehandlung gem. B Nr. 8c Kfo-Richtlinien ist ab einer KIG-Einstufung P3 (Mindesteinstufung) möglich."

Köln, Bonn, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Siegburg, 06.06.2006

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

AOK-Bundesverband

BKK-Bundesverband

IKK-Bundesverband

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Knappschaft

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

(Zahnersatz-Richtlinie)

in der Fassung vom 8. Dezember 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 4 094)
in Kraft getreten am 1. Januar 2005

zuletzt geändert am 18. Februar 2016
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 03.05.2016 B1)
in Kraft getreten am 4. Mai 2016

A. Gegenstand und Zweckbestimmung

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

   Auch für zahntechnische Leistungen gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit.

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

2. Nach diesen Richtlinien sollen

   a) die Krankenkassen über ihre Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz entscheiden,

   b) die Zahnärzte bei der Versorgung mit Zahnersatz verfahren.

3. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über Art und Umfang ihrer Leistungsansprüche bei der Versorgung mit Zahnersatz zu informieren. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinien hin.

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

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

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

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

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

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

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

6. Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist es, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern.

7. Zahnersatz ist angezeigt, wenn ein Zahn oder mehrere Zähne fehlen oder zerstört sind und wenn dadurch die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans beeinträchtigt ist oder beeinträchtigt zu werden droht, z. B. durch Zahnwanderung oder -kippung. Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbezahnung vorhanden sein oder im Laufe der Behandlung hergestellt werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Der Versorgung mit Zahnersatz hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses vorauszugehen.

    a) Tief kariöse Zähne müssen auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein und gegebenenfalls nach Versorgung mit einer Füllung klinisch reaktionslos bleiben.

    b) Pulpatote Zähne müssen mit einer nach den Behandlungs-Richtlinien erbrachten, röntgenologisch nachzuweisenden Wurzelfüllung versorgt sein.

    c) Zu überkronende Zähne sind auf ihre Sensibilität zu überprüfen.

    d) Bei Zähnen mit krankhaften Prozessen müssen Maßnahmen zur Ausheilung eingeleitet sein. An diesen Zähnen dürfen vorerst nur Interimsmaßnahmen durchgeführt werden. Endgültiger Zahnersatz ist erst nach Ausheilung angezeigt.

    e) Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein.

    f) Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen muss eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.

    g) Nicht erhaltungswürdige Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein.

    h) Retinierte und impaktierte Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit geplantem Zahnersatz stehen, sollen vor Beginn der Behandlung entfernt werden.

    i) Voraussetzung für die Versorgung mit Suprakonstruktionen ist die Osseointegration der Implantate.

12. Eine endgültige Versorgung mit Zahnersatz ist anzustreben. Dies kann gegebenenfalls auch durch einen Immediatersatz, der zu einem späteren Zeitpunkt umgestaltet werden kann, geschehen.

13. In Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, kann ein Interimsersatz angezeigt sein. Dies gilt insbesondere bei fehlenden Frontzähnen und zur Sicherung der Bisslage.

14. Es dürfen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes entsprechen. Bei nachgewiesener Allergie gegen einen Werkstoff ist ein als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen. Der Nachweis einer Allergie ist gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie zu erbringen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig. Bei der Auswahl der Dentallegierungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung soll beachtet werden, dass Nichtedelmetall und NEM-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können.

D. Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche

I) Versorgung mit Zahnkronen

15. Die Schonung und Erhaltung natürlicher und intakter Zahnhartsubstanz hat Vorrang vor der Versorgung mit Zahnkronen. Zahnkronen sind angezeigt, wenn sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der erkrankten Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe ergibt, dass sie nur durch Kronen erhalten werden können.

16. Zahnkronen können angezeigt sein:

    a) zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr oder auf Dauer nicht möglich ist,

    b) zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist.

17. Zahnkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die auf Dauer ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.

18. Konfektionierte Kronen dürfen nur in der Kinderzahnheilkunde verwendet werden.

19. Für die Versorgung mit einer provisorischen Krone ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.

20. Zur Regelversorgung gehören metallische Voll- und Teilkronen. Ebenfalls zur Regelversorgung gehören vestibuläre Verblendungen im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Im Bereich der Zähne 1 bis 3 umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten.

II) Versorgung mit Brücken

21. Eine Brücke dient in der Regel der Schließung zahnbegrenzter Lücken. Die Indikation ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden

Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten. Bei der Gestaltung der Brückenglieder sind die Grundsätze der Parodontalhygiene zu berücksichtigen.

22. Brücken sind angezeigt, wenn dadurch in einem Kiefer die geschlossene Zahnreihe wiederhergestellt wird. In der Regel sind Endpfeilerbrücken angezeigt. Freiendbrücken sind nur bis zur Prämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzähnen angezeigt; in Schaltlücken ist der Ersatz von Molaren und von Eckzähnen durch Freiendbrücken ausgeschlossen. Zum Ersatz eines Schneidezahns kann bei ausreichendem oralem Schmelzangebot an einem oder beiden Pfeilerzähnen eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit einem oder zwei Flügeln angezeigt sein. Bei einflügeligen Adhäsivbrücken zum Ersatz eines Schneidezahns sollte der an das Brückenglied der Adhäsivbrücke angrenzende Zahn, der nicht Träger eines Flügels ist, nicht überkronungsbedürftig und nicht mit einer erneuerungsbedürftigen Krone versorgt sein.

23. Brücken sind nicht angezeigt bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen.

24. Bei Versicherten, die das 14. aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, können zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen bei ausreichendem oralen Schmelzangebot der Pfeilerzähne eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit zwei Flügeln oder zwei einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst mit je einem Flügel angezeigt sein.

25. Für Brücken gilt Nummer 20 dieser Richtlinien entsprechend.

26. Bei disparallelen Pfeilern umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung auch das hierdurch erforderliche Geschiebe.

III) Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

27. Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen.

28. Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgusskonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontal-Hygiene sind dabei zu berücksichtigen.

29. Bei einem Restgebiss ohne parodontale Abstützungsmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwändige Halteelemente angezeigt.

30. Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis gehört nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Torus palatinus und Exostosen) zur Regelversorgung.

31. Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.

32. Bei zahnlosem Kiefer ist die Abformung mittels eines Funktionsabdruckes angezeigt; das gleiche gilt, wenn bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähne – eine funktionelle Randgestaltung notwendig ist.

33. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

34. Intraorale Stützstiftregistrierungen zur Feststellung der Zentrallage gehören nur neben der Total-/Cover-Denture-Prothese zur Regelversorgung, auch auf implantatgestützten Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unter- zu Oberkiefer mit einfachen Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

IV) Kombinationsversorgung

35. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statische und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/ Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen. Bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen ist neben der parodontalen Ausgangssituation der Restzähne auch die Lückentopographie im Hinblick auf die Art der Verankerung und die Abstützung kritisch zu bewerten. Zur Regelversorgung gehören in diesem Fall sowohl Cover-Denture-Prothesen als auch parodontal abgestützte Prothesen mit einer Modellgussbasis sowie als Verbindungselemente Resilienzteleskopkronen und Wurzelstiftkappen beziehungsweise Teleskop-/ Konuskronen.

V) Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

36. Suprakonstruktionen gehören in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung:

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

    b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer

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

37. Der Anspruch im Rahmen der Regelversorgung ist bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken nach Nummer 36 Buchstabe a auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und

bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 36 Buchstabe b auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt.

38. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen.

39. Die Krankenkasse kann die vorgelegte Behandlungsplanung einem Gutachter zur Klärung der Frage zuleiten, ob ein unter Nummer 36 genannter Ausnahmefall vorliegt. Dabei gilt das zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarte Gutachterverfahren für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen entsprechend. Das Nähere hierzu regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

(Richtlinie nach § 22a SGB V))

in der Fassung vom 19. Oktober 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 29.03.2018 B2)
in Kraft getreten am 1. Juli 2018

Inhalt

Seite

§ 1 Zweck und Regelungsbereich IX-63

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung IX-63

§ 3 Untersuchung und Behandlung IX-64

§ 4 Erhebung des Mundgesundheitsstatus IX-64

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan IX-64

§ 6 Mundgesundheitsaufklärung IX-65

§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge IX-66

§ 8 Information des Versicherten IX-66

§ 9 Berichterstattung IX-67

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

Diese Richtlinie regelt auf der Grundlage nach § 92 Absatz 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 22a SGB V Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch erhalten. [2]Die Richtlinie definiert Art und Umfang der folgenden Leistungen:

- die Erhebung des Mundgesundheitsstatus (§ 4),
- den individuellen Mundgesundheitsplan (§ 5),
- die Mundgesundheitsaufklärung (§ 6) sowie
- die Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7).

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung

1) Ziel der Richtlinie ist es, eine regelmäßige und bedarfsgerechte vertragszahnärztliche Versorgung der Versicherten gemäß § 1 Satz 1 zu gewährleisten. Die insoweit zu verfolgenden Versorgungsziele sind insbesondere:
   - Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (unter anderem Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe),
   - Regelmäßige Untersuchungen zum frühzeitigen Erkennen von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs, verbunden mit dem Nachweis der eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne gemäß § 55 Absatz 1 Satz 3 ff. SGB V,
   - Zeitnahe, den Lebensumständen des oder der Versicherten Rechnung tragende Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung,
   - Aufklärung über geeignete Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit gegenüber der Patientin oder dem Patienten und gegebenenfalls der Pflege- oder Unterstützungs-personen,
   - Abstimmen aller Maßnahmen nach dieser Richtlinie auf die Lebensumstände und die kognitiven und motorischen

2) Bedarfsorientiert führt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt konsiliarische Erörterungen mit Ärzten und Zahnärzten durch; beispielsweise soll dem Krankheitsbild der Mundtrockenheit/Xerostomie durch Hinweise auf eine Prüfung und gegebenenfalls Änderung einer möglicherweise Mundtrockenheit bewirkenden Medikation entgegengewirkt werden.

3) Der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt wird empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen, die sich an den Versorgungszielen nach Absatz 1 und den speziellen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen orientieren.

§ 3 Untersuchung und Behandlung

1) Der Durchführung der Maßnahmen nach §§ 4 bis 6 soll die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorangegangen sein; die zahnärztliche Untersuchung wird im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 ff. SGB V bestätigt.

2) Zur weiteren Abklärung von festgestellten Befunden erfolgt gegebenenfalls eine entsprechende Empfehlung oder Überweisung.

3) An den Zähnen und am Zahnersatz sollen nach Möglichkeit alle natürlichen bzw. iatrogenen Reizfaktoren beseitigt werden. 2Bei behandlungsbedürftigen zahnärztlichen Befunden soll zeitnah eine Behandlung erfolgen oder auf diese hingewirkt werden; hierzu erfolgt gegebenenfalls eine Empfehlung oder Überweisung. 3Die Durchführung von empfohlenen oder veranlassten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung festgestellt.

§ 4 Erhebung des Mundgesundheitsstatus

1) Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleischs, der Mundschleimhäute sowie des Zahnersatzes.

2) Der erhobene Mundgesundheitsstatus ist in den Vordruck nach § 8 von der Vertrags-zahnärztin oder vom Vertragszahnarzt einzutragen.

3) Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr.

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan

1) Auf Grundlage des Mundgesundheitsstatus nach § 4 erstellt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt einen individuellen Mundgesundheitsplan. 2Angaben der Versicherten oder des Versicherten und gegebenenfalls der Pfle-

ge- oder Unterstützungspersonen werden bei der Erstellung des Plans berücksichtigt.

2) Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst insbesondere die Angabe:
   a) der gegenüber der Versicherten oder dem Versicherten und gegebenenfalls der Pflege- oder Unterstützungspersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und/oder Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie,
   b) der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel,
   c) ob die Maßnahmen von der Versicherten oder dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind,
   d) zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung.

3) Der individuelle Mundgesundheitsplan wird von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt in den Vordruck nach § 8 eingetragen.

4) Die Umsetzung der Maßnahmen nach Absatz 2 wird im Rahmen der nächsten Erhebung des Mundgesundheitsstatus durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt überprüft. 2Auf Grundlage der Überprüfung wird der individuelle Mundgesundheitsplan gegebenenfalls angepasst.

5) Die Erstellung bzw. Anpassung des individuellen Mundgesundheitsplans erfolgt im Zusammenhang mit der Erhebung des Mundgesundheitsstatus einmal im Kalenderhalbjahr.

§ 6 Mundgesundheitsaufklärung

1) Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die folgenden Leistungen:

   a) Aufklärung über die Inhalte nach § 5 Absatz 2,
   b) Demonstration und gegebenenfalls praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleischs sowie der Mundschleimhaut,
   c) Demonstration und gegebenenfalls praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes,

d) Erläuterung des Nutzens der Maßnahmen nach a) bis c), Anregen und Ermutigen der Versicherten oder des Versicherten sowie deren Pflege- oder Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

2) Bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die Lebensumstände der Versicherten oder des Versicherten zu erfragen sowie deren individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen. 2Sofern die Versicherte oder der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im jeweils erforderlichen Umfang in die Mundgesundheitsaufklärung einzubeziehen.

3) Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für die Versicherte oder den Versicherten sowie gegebenenfalls für die Pflege- oder Unterstützungspersonen verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise.

4) Soweit der Versicherten oder dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. gegebenenfalls zu beschränken. 2In diesen Fällen sind den Pflege- oder Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit der Versicherten oder dem Versicherten zu geben.

5) Die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich an Pflege- oder Unterstützungspersonen richtet, erfüllt die Voraussetzungen für die Behandlung von Parodontopathien im Hinblick auf die Anleitung des Versicherten oder der Versicherten und deren oder dessen Information über bestehende Mitwirkungspflichten.

6) Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr und soll in engem zeitlichen Zusammenhang nach der Erhebung des Mundgesundheitsstatus sowie in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans erbracht werden.

§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge

Versicherte gemäß § 1 Satz 1 haben Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge. 2Die Entfernung harter Zahnbeläge erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr.

§ 8 Information des Versicherten

Die Information der Versicherten über die Inhalte der Maßnahmen nach §§ 4 und 5 und über den Behandlungsbedarf erfolgt auf einem von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt auszufüllendem Vordruck. 2Die Einzelheiten zum Format des

Vordrucks werden von Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. 3Der oder die Versicherte erhält eine Kopie des ausgefüllten Vordrucks. 4Der Vordruck ist patientenverständlich zu fassen. 5Pflege- oder Unterstützungspersonen können diesen mit Zustimmung der oder des Versicherten als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.

§ 9 Berichterstattung

1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen berichten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung jährlich bis zum Ende des zweiten Quartals des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres anhand der ihr vorliegenden Abrechnungsdaten über das Versorgungsgeschehen im Berichtsjahr. 2Dabei ist die Anzahl der erbrachten Leistungen nach § 22a SGB V sowie die Anzahl der konsiliarischen Erörterungen darzustellen und nach Möglichkeit anzugeben, wie viele Versicherte die jeweiligen Leistungen in Anspruch genommen haben.

2) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung berichtet dem G-BA auf der Grundlage der Berichte nach Absatz 1 jährlich bis zum Ende des dritten Quartals des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres über die bundesweiten Ergebnisse.

3) Der G-BA wertet im Abstand von jeweils drei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie die Berichte nach Absatz 2 aus und berät über Konsequenzen, gegebenenfalls auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen.