

---

**DIESE RICHTLINIE STEHT NOCH UNTER DEM VORBEHALT DER BEANSTANDUNG  
DURCH DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG**

**Beschluss des Bundesausschusses am 04.06.2003**

**Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen  
für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche  
Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen  
vom 04. Juni 2003 in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung**

**A. Gegenstand und Zweckbestimmung**

1. Diese Richtlinien regeln gemäß § 92 SGB V in Verbindung mit § 30 SGB V die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) mit dem Ziel einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Soweit in den nachfolgenden Richtlinien Aussagen zum Zahnersatz getroffen werden, gelten diese entsprechend für die Versorgung mit Zahnkronen.

Auch für zahntechnische Leistungen gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit.

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

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

---

b) die Zahnärzte bei der Versorgung mit Zahnersatz verfahren.

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

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

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

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

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

## **C. Voraussetzungen und Grundsätze für eine Versorgung mit Zahnersatz**

7. Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist es, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern.
8. Zahnersatz ist angezeigt, wenn ein Zahn oder mehrere Zähne fehlen oder zerstört sind und wenn dadurch die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans beeinträchtigt ist.

---

chtigt 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).

9. Der Zahnarzt soll Art und Umfang des Zahnersatzes nach den anatomischen,  
physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauor-  
gans bestimmen.

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

10. Die Mitwirkung des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Er-  
reichung des Behandlungsziels. Regelmäßige Zahnpflege und der Nachweis  
der zahnärztlichen Untersuchungen nach § 30 Abs. 2 SGB V sind wichtige Kri-  
terien 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 Be-  
handlungsziel neu zu bestimmen. In der Regel ist dabei, soweit Zahnersatz an-  
gefertigt werden muss, der Leistungsanspruch des Versicherten im Rahmen der  
vertragszahnärztlichen Versorgung auf eine einfache Versorgung beschränkt.

11. Die Versorgung mit Zahnersatz umfasst die Befunderhebung, die Planung, die  
Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusi-  
onshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des  
Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung. Sie umfasst auch die Unter-  
weisung im Gebrauch des Zahnersatzes sowie die Information des Patienten ü-  
ber die sachgemäße Behandlung des Zahnersatzes.

- 
12. Der Versorgung mit Zahnersatz, insbesondere der Versorgung mit Brücken, hat die Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan voranzugehen.

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

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

13. Der Versorgung mit Zahnersatz hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses voranzugehen.
- a) Tief kariöse Zähne müssen auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein und ggf. nach Versorgung mit einer Füllung klinisch reaktionslos bleiben.
  - b) Pulpatote Zähne müssen mit einer nach den Behandlungs-Richtlinien erbrachten, röntgenologisch nachzuweisenden Wurzelfüllung versorgt sein.
  - c) Zu überkronende Zähne sind auf ihre Sensibilität zu überprüfen.
  - d) Bei Zähnen mit krankhaften Prozessen müssen Maßnahmen zur Ausheilung eingeleitet sein. An diesen Zähnen dürfen vorerst nur Interimsmaßnahmen durchgeführt werden. Endgültiger Zahnersatz ist erst nach Ausheilung angezeigt.
  - e) Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein.
  - f) Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen muss eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.
  - g) Nicht erhaltungswürdige Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein.
  - h) Retinierte und impaktierte Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit geplantem Zahnersatz stehen, sollen vor Beginn der Behandlung entfernt werden.
14. Eine endgültige Versorgung mit Zahnersatz ist anzustreben. Dies kann ggf. auch durch einen Immediatersatz, der zu einem späteren Zeitpunkt umgestaltet werden kann, geschehen.

- 
15. In Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, kann ein Interimsersatz angezeigt sein. Dies gilt insbesondere bei fehlenden Frontzähnen und zur Sicherung der Bisslage.
  16. Es dürfen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die den Anforderungen des Medizinproduktegesetz entsprechen. Bei nachgewiesener Allergie gegen einen Werkstoff ist ein als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen. Der Nachweis einer Allergie ist gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie zu erbringen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig. Bei der Auswahl der Dentallegierungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung soll beachtet werden, dass Nichtedelmetall und NEM-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können.

## **D. Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche**

### **I. Versorgung mit Zahnkronen**

17. Die Schonung und Erhaltung natürlicher und intakter Zahnhartsubstanz hat Vorrang vor der Versorgung mit Zahnkronen. Zahnkronen sind angezeigt, wenn sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der erkrankten Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe ergibt, dass sie nur durch Kronen erhalten werden können.
18. Zahnkronen können angezeigt sein:
  - a) zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr oder auf Dauer nicht möglich ist,
  - b) zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist,
19. Zahnkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die auf Dauer ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.

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

## **II. Versorgung mit Brücken**

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

Bei der Gestaltung der Brückenglieder sind die Grundsätze der Parodontalhygiene zu berücksichtigen.

26. Brücken sind angezeigt und wirtschaftlich, wenn dadurch in einem Kiefer die geschlossene Zahnreihe wiederhergestellt wird.
27. Brücken sind nicht angezeigt bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen.

- 
28. Bei großen Brücken ist die Leistungspflicht der Krankenkasse auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Mehrere Einzelbrücken je Kiefer sind zulässig, sofern sie medizinisch indiziert sind und wenn keine wirtschaftlichere, das gleiche Therapieziel erreichende Versorgung möglich ist.
  29. Freidendbrücken sind nur angezeigt zum Ersatz eines mesial fehlenden Prämolaren.

Bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren können adhäsiv befestigte einspannige Brücken mit Metallgerüst im Frontzahnbereich angezeigt sein.

Die Pfeilerzähne sollen dabei karies- und füllungsfrei sein. Die zu überbrückende Spanne soll grundsätzlich nicht mehr als einen Zahn umfassen.

Bei einem Lückenschluss durch eine geteilte Brücke bei disparallelen Pfeilerzähnen kann ein Geschiebe angezeigt sein.

30. Für Brücken gelten die Nummern 23 und 24 dieser Richtlinien entsprechend.

### **III. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz**

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

- 
35. Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.
  36. Bei zahnlosem Kiefer ist die Abformung mittels eines Funktionsabdruckes angezeigt; das gleiche gilt, wenn bei stark reduziertem Restgebiss - in der Regel bis zu drei Zähne - eine funktionelle Randgestaltung notwendig ist.
  37. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
  38. Intraorale Stützstiftregistrierungen zur Feststellung der Zentrallage sind nur neben der Total-/Cover-Denture-Prothese Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, auch auf implantatgestützten Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unter- zu Oberkiefer mit einfachen Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

#### **IV. Kombinationsversorgung**

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

Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten.

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



---

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

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

#### **V. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)**

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

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

- a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie
  - b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer.
45. Der Anspruch ist bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken nach Nummer 44 Buchstabe a auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 44 Buchstabe b auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt.
  46. Sämtliche Vorleistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Suprakonstruktion im Sinne des § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V.
  47. Die Krankenkasse kann die vorgelegte Behandlungsplanung einem Gutachter zur Klärung der Frage zuleiten, ob ein unter Nummer 44 genannter Ausnahmefall vorliegt. Dabei gilt das zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Kran-

---

kenkassen vereinbarte Gutachterverfahren für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen entsprechend. Das Nähere hierzu regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

Berlin, 04.06.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen  
Der Vorsitzende

---

Prof. Dr. Herbert Genzel