

BEMA

**Einheitlicher Bewertungsmaßstab
für zahnärztliche Leistungen
gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V**

Anlage A zum BMV-Z

Stand: 1. Januar 2025

**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 02.10.2024**

Datum des Inkrafttretens: 01.01.2025

Inhalt

Allgemeine Bestimmungen.....	4
Teil 1 Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen	7
Teil 2 Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene)	44
Teil 3 Kieferorthopädische Behandlung	50
Teil 4 Systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen	60
Teil 5 Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	65

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 Gemeinsamen Bundesausschusses 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-, Mund- und 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 In den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten sind die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten sowie die Kosten der Röntgendiagnostik. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind
- die Kosten für Arzneimittel und Materialien,
 - die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Versicherte zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind,
 - die zahntechnischen Laborkosten (soweit nicht etwas anderes bestimmt ist),
 - die Versand- und Portokosten und
 - die Auslagen, die bei Versendung von Gewebeproben/Zellmaterial zur histologischen/zytologischen Untersuchung entstehen.
6. Übergangsregelung zur Abrechnung von Leistungen zur Parodontitis-Behandlung nach BEMA-Teil 4 aufgrund des Inkrafttretens der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen und des Beschlusses des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen zum 01.07.2021
- a) PAR-Behandlungen, die ab dem 01.07.2021 begonnen werden, sind gemäß den ab dem 01.07.2021 geltenden Regelungen durchzuführen und abzurechnen.
 - b) Ab dem 01.07.2021 genehmigen Krankenkassen PAR-Behandlungen nur noch gemäß den ab dem 01.07.2021 geltenden Regelungen. Werden ab dem 01.07.2021 noch PAR-Pläne gemäß den bis zum 30.06.2021 geltenden Regelungen bei einer Krankenkasse eingereicht, so fordert sie den Zahnarzt auf, einen PAR-Plan gemäß den neuen Regelungen zu erstellen. Eine Gebühr für die Erstellung des alten PAR-Plans kann in diesen Fällen nicht abgerechnet werden.
 - c) Liegen Behandlungen, die ab dem 01.07.2021 begonnen werden, noch Genehmigungen zugrunde, die nach den bis zum 30.06.2021 geltenden Regelungen erteilt worden sind, so hat der Zahnarzt einen neuen PAR-Plan nach den ab dem 01.07.2021 geltenden Vorgaben zu erstellen und bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Die Krankenkasse entscheidet daraufhin unter Anwendung der ab dem 01.07.2021 geltenden Regelungen über den PAR-Plan und hebt die Genehmigungsentscheidung über den alten PAR-Plan auf. Eine Gebühr für die Erstellung des alten PAR-Plans kann in diesen Fällen nicht abgerechnet 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)

d) PAR-Behandlungen, die bis zum 30.06.2021 begonnen werden (maßgebend ist die erste therapeutische Maßnahme gemäß BEMA-Nrn. P200 – P203), sind gemäß den bis zum 30.06.2021 geltenden Regelungen durchzuführen und abzurechnen. Für diese Behandlungen können bis zum Abschluss der Behandlung, d. h. auch über den 30.06.2021 hinaus, Therapieergänzungen nach den bis zum 30.06.2021 geltenden Regelungen beantragt und abgerechnet werden.

Teil 1 **Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen**

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

Ä 1	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	9
Ber	<ol style="list-style-type: none">1. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann als alleinige Leistung oder neben der ersten zahnärztlichen Leistung abgerechnet werden. Sie kann jedoch neben Nr. 01 nicht abgerechnet werden, wenn beide Leistungen in derselben Sitzung erbracht werden. Ferner kann eine Beratungsgebühr nicht neben einer Gebühr für einen Besuch abgerechnet werden.2. Wenn in dem Behandlungsfall bereits eine Beratungs- oder Besuchsgebühr abgerechnet worden ist, kann auch neben der ersten zahnärztlichen Leistung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden.3. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann nicht anstelle einer Gebühr für eine andere zahnärztliche Leistung abgerechnet werden.4. Über die Nrn. Ä 1, 01k und 01 hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung und/oder Beratung bestehen nicht.5. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 zum Zwecke des Abschlusses einer zahnärztlichen Behandlung ist keine abrechnungsfähige Leistung.6. Die Tatsache, dass sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume erstreckt (z. B. Wurzelbehandlung, Maßnahmen nach chirurgischen Eingriffen), berechtigt für sich allein den Zahnarzt nicht, in jedem neuen Abrechnungszeitraum die Nr. Ä 1 abzurechnen.7. Erstreckt sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume (Quartale), so ist nach vorausgegangener Leistung nach Nr. 01 oder Ä 1 die Nr. Ä 1 im Folgequartal nur abrechnungsfähig, wenn zwischen der Leistung nach Nr. 01 oder Ä 1 im Vorquartal und der Leistung nach Nr. Ä 1 im Folgequartal ein Zeitraum von 18 Kalendertagen überschritten ist, es sei denn, die Behandlung in diesem Folgequartal geht über den nach Nr. 01 oder Ä 1 erhobenen Befund hinaus. Als alleinige Leistung ist die Nr. Ä 1 immer abrechnungsfähig.	

8. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist jedoch dann während einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.

01 U Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung 18

1. Neben einer Leistung nach Nr. 01 kann für dieselbe Sitzung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden. Für eine der nachfolgenden Sitzungen kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nur dann abgerechnet werden, wenn sie als alleinige Leistung erbracht wird (s. Abrechnungsbestimmung Nr. 1 Satz 1 zu Nr. Ä 1).
2. Eine Leistung nach Nr. 01 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden, frühestens nach Ablauf von vier Monaten.
Eine Leistung nach Nr. 01 kann neben einer Leistung nach Nr. FU 1 oder Nr. FU 2 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann eine Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Nr. FU 1 oder der Nr. FU 2 abgerechnet werden.
3. Die festgestellten Befunde sind fortlaufend mit folgenden Mindestangaben in der Karteikarte aufzuzeichnen:
kariöse Defekte = c;
fehlende Zähne = f;
zerstörte Zähne = z;
Zahnstein, Mundkrankheit, sonstiger Befund (z. B. Fistel)
4. Über die Nrn. Ä 1, 01k und 01 hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung bestehen nicht.
5. Eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten stellt in einem Behandlungsfall in der Regel die erste Maßnahme dar (Ausnahmen z. B. Schmerzfall).
6. Eine Leistung nach Nr. 01 kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist je-

doch dann während einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.

01k Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen 28

Die Leistung beinhaltet folgende Bestandteile:

1. Ärztliches Gespräch
2. Spezielle kieferorthopädische Anamnese
3. Spezielle kieferorthopädische Untersuchung
 - 3.1 Extraorale Untersuchung
 - 3.2 Intraorale Untersuchung von Weichteilen und Knochen
 - 3.3 Feststellung der Kieferrelation
 - 3.4 Feststellung von dento-alveolären Anomalien
 - 3.5 Feststellung des Dentitionsstadiums
4. Aufklärung und Beratung
5. Kieferorthopädischer Befund, Dokumentation
6. Ggf. Feststellung des kieferorthopädischen Indikationsgrades (KIG)

Eine Leistung nach Nr. 01k ist frühestens nach 6 Monaten erneut abrechnungsfähig.

Eine Leistung nach Nr. 01k kann nur von dem Zahnarzt erbracht bzw. abgerechnet werden, der ggf. die kieferorthopädische Behandlungsplanung nach der Nr. 5 durchführt.

Neben einer Leistung der Nr. 01k kann eine Leistung der Nr. 01 nicht abgerechnet werden.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
02	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps	20
Ohn	Neben einer Leistung nach der Nr. 02 ist für dieselbe Sitzung eine Leistung nach der Nr. Ä 1 nicht abrechnungsfähig.	
03	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen	15
Zu	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="341 528 1278 808">1. Wird eine dringend notwendige zahnärztliche Leistung ausgeführt, so erhält der Zahnarzt den einmaligen Zuschlag nur, sofern er nicht während dieser Zeit üblicherweise seine Sprechstunde abhält oder seine Bestellpraxis ausübt oder wenn der Kranke nicht bereits vor Ablauf der Sprechstunde in den Praxisräumen des Zahnarztes anwesend war. <li data-bbox="341 842 1278 920">2. Bei Leistungen außerhalb der Sprechstunde (nicht an Sonn- und Feiertagen und bei Nacht) ist die Uhrzeit anzugeben. <li data-bbox="341 954 1278 1099">3. Eine Leistung nach Nr. 03 kann nicht neben Leistungen nach Nrn. 151 bis 173 und nicht neben Leistungen nach Nrn. 55, 56, 61, 62 aus Abschnitt B IV der GOÄ abgerechnet werden. 	
04	Erhebung Parodontaler Screening-Index	12
	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="341 1238 1278 1570">1. Die Messung des Parodontalen Screening-Index (PSI) bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt an den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. Die Messung des PSI bei Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. <li data-bbox="341 1603 1278 2007">2. Die Befunderhebung wird mittels einer Messsonde (WHO-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 je Sextant: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="472 1872 1278 2007">Code 0 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), keine Blutung, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder, 	

Code 1 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Blutung auf Sondieren, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder,

Code 2 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Zahnstein und/oder defekte Restaurationsränder,

Code 3 = schwarzes Band bleibt teilweise sichtbar (Sondierungstiefe 3,5 mm - 5,5 mm),

Code 4 = schwarzes Band verschwindet ganz (Sondierungstiefe > 5,5 mm).

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. Sextanten ohne oder mit nur einem Zahn werden durch ein „X“ kenntlich gemacht. Klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligungen, mukogingivale Probleme, Rezessionen von 3,5 mm und mehr, Zahnbeweglichkeit) werden durch einen Stern „*“ gekennzeichnet.

3. Der Versicherte erhält eine Information über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf, die Notwendigkeit zur Erstellung eines klinischen und eines röntgenologischen Befunds sowie zur Stellung der Diagnose. Diese Informationen erfolgen in einer für den Versicherten verständlichen Art und Weise auf dem Vordruck 11 der Anlage 14a zum BMV-Z.
4. Die Leistung nach Nr. 04 kann in einem Zeitraum von zwei Jahren einmal abgerechnet werden. Sie kann nicht während einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen abgerechnet werden.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
05	Gewinnung von Zellmaterial aus der Mundhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung, einschließlich Materialkosten	20
	1. Eine Leistung nach Nr. 05 kann nur zur Gewinnung von Zellmaterial von der Mundschleimhaut mittels Bürstenabstrich für die Exfoliativzytologie zum Zweck der Frühdiagnostik von Karzinomen abgerechnet werden.	
	2. Eine Leistung nach Nr. 05 kann nur bei Vorliegen einer Leukoplakie, Erythroplakie oder Lichen planus einmal innerhalb von zwölf Monaten abgerechnet werden.	
Ä 161 Inz1	Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	15
Mit der Abrechnung der Nrn. Ä 925 bis Ä 935 sind auch die Beurteilung und die obligatorische schriftliche Befunddokumentation abgegolten.		
Ä 925	Röntgendiagnostik der Zähne	
Rö2	a) bis zwei Aufnahmen	12
Rö5	b) bis fünf Aufnahmen	19
Rö8	c) bis acht Aufnahmen	27
Stat	d) Status bei mehr als acht Aufnahmen	34
Ä 928	Röntgenaufnahme der Hand	30
Ä 934	Aufnahme des Schädels	
	a) eine Aufnahme (auch Fernröntgenaufnahme)	19
	b) zwei Aufnahmen	30
	c) mehr als zwei Aufnahmen	36
	1. Eine Leistung nach Nr. Ä 934 a kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.	
	2. Eine Leistung nach Nr. Ä 934 a ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechenbar.	

Ä 935	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, Panoramaaufnahme der Zähne eines Kiefers bzw. der Zähne des Ober- und Unterkiefers derselben Seite	
	a) eine Aufnahme	21
	b) zwei Aufnahmen	25
	c) mehr als zwei Aufnahmen	31
	d) Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers	36

Zu Nrn. Ä 925, 934, 935:

1. Bis zu drei nebeneinanderstehende Zähne oder das Gebiet ihrer Wurzelspitzen sind – soweit dies nach den individuellen anatomischen Verhältnissen möglich ist – mit einer Aufnahme zu erfassen.
2. Bei unterschiedlicher klinischer Situation im Rahmen endodontischer oder chirurgischer Behandlung sind in derselben Sitzung erbrachte Röntgenaufnahmen je Aufnahme nach Nr. Ä 925 a abrechenbar.
3. Die Darstellung beider Kiefer durch ein Orthopantomogramm schließt die gleichzeitige Anfertigung eines Rö-Status nach Nr. Ä 925 d aus. Eine zusätzliche Gelenkaufnahme ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
4. Bissflügelaufnahmen zur Kariesfrüherkennung werden nach Geb.-Nr. Ä 925 a oder b abgerechnet und sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
5. Röntgenaufnahmen sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.

8	Sensibilitätsprüfung der Zähne	6
ViPr	Leistungen nach Nr. 8 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen.	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
10	Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung	6
üZ	Prophylaktische Maßnahmen können nicht nach Nr. 10 abgerechnet werden.	
11	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung	19
pV	<ol style="list-style-type: none"> Unvollendete Füllungen sind nach Nr. 11 im folgenden Quartal unter Verwendung des Erfassungsscheines abzurechnen. Im laufenden Quartal können unvollendete Füllungen nur dann abgerechnet werden, wenn eindeutig feststeht, dass sie nicht mehr vollendet werden. 	
12	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	10
bmf	<ol style="list-style-type: none"> Das Separieren von Zähnen bei kieferorthopädischer Behandlung und das Anlegen von Spanngummi bei Fissurenversiegelung können nach Nr. 12 abgerechnet werden. Die Abrechnung der Nr. 12 im Zusammenhang mit den Nrn. 18, 20 und 91 für das Verdrängen des Zahnfleisches zum Zwecke der Abformung, z. B. mittels Retraktionsringen oder -fäden, ist nicht möglich. Muss jedoch störendes Zahnfleisch, z. B. zum Zwecke des Erkennens von unter sich gehenden Stellen, zur Darstellung der Präparationsgrenze oder zur subgingivalen Stufenpräparation, z. B. durch Retraktionsringe verdrängt werden, ist die Nr. 12 abrechnungsfähig. 	
13	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllungsmaterial, einschließlich einer erforderlichen Unterfüllung, dem Anlegen einer Matrice oder der Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung sowie dem Polieren	
F 1	a) einflächig	33
F 2	b) zweiflächig	41
F 3	c) dreiflächig	53

F 4 d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante 63

1. Mit der Abrechnung der Nr. 13 ist die Verwendung jedes ausreichenden, zweckmäßigen, erprobten und praxisüblichen plastischen Füllungsmaterials abgegolten. Im Frontzahnbereich sind adhäsiv befestigte Füllungen Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung. Im Seitenzahnbereich sind selbstadhäsive Materialien, im Ausnahmefall Bulkfill-Komposite Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung. Versicherte, die im Sinne von § 28 Abs. 2 SGB V eine darüber hinausgehende Versorgung wählen, haben die Mehrkosten selbst zu tragen; hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die bundesmantelvertraglichen Regelungen sind zu beachten. Folgende Restaurationen gehen über die vertragszahnärztliche Versorgung hinaus: Füllungen in Mehrfarbentechnik zur ästhetischen Optimierung, von Satz 3 nicht erfasste adhäsiv befestigte Füllungen im Seitenzahnbereich, Einlagefüllungen, Goldhammerfüllungen.

2. Das Legen einer Einlagefüllung sowie die gegebenenfalls im Zusammenhang mit der Herstellung und Eingliederung erbrachte Anästhesie oder durchgeführten besonderen Maßnahmen sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung; eine der Einlagefüllung vorausgegangene Behandlung des Zahnes ist nach der jeweiligen BEMA-Nummer abrechenbar.

3. Das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone ist nach Nr. 13 a oder b abzurechnen.

4. Neben den Leistungen nach Nrn. 13 a und b kann die Leistung nach Nr. 16 nicht abgerechnet werden.

5. Bei Füllungen nach Nr. 13 ist die Lage der Füllung in der Bemerkungsspalte anzugeben. Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Abkürzungen bzw. Ziffern zu verwenden:

- m = 1 = mesial
- o = 2 = okklusall/inzisal
- d = 3 = distal
- v = 4 = vestibulär (bukkal/zervikal bzw. labial)
- l = 5 = lingual bzw. palatinal

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
14	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde	50
16 St	Stiftverankerung einer Füllung (zusätzlich zu den Nrn. 13 c, d), je Zahn, einschließlich Materialkosten	20
23 Ekr	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder Stegges, je Trennstelle	17
25 Cp	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität	6
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Anwendung der Leistungen nach Nrn. 25 und 26 ist nur dann angebracht, wenn es durch sie allein möglich ist, die Devitalisierung der Pulpa eines Zahnes zu vermeiden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist. 2. Eine Leistung nach Nr. 25 kann nicht angewendet werden, wenn es sich darum handelt, aus Zeitgründen eine Kavitätenpräparation und -füllung vorzeitig abzubereiten. Desgleichen kann sie dann nicht zur Anwendung kommen, wenn es sich darum handelt, die für den Kranken mit Schmerzen verbundene Kavitätenpräparation abzubereiten und durch Teilung in zwei oder mehrere Sitzungen erträglicher zu gestalten. 	
26	Direkte Überkappung, je Zahn	6
P	Direkte Überkappung im bleibenden Zahn bei artifizieller oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa, je Zahn	
27	Pulpotomie	29
Pulp	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa am Milchzahn und am symptomlosen bleibenden Zahn mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum einschließlich Abtragen des Pulpendaches, Amputation der koronalen Pulpa, Spülung und Blutstillung, Aufbringen eines Überkappungspräparates, je Zahn	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	Eine Leistung nach Nr. 27 ist bei Milchzähnen nur abrechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung eine Leistung nach Nrn. 13 a bis d oder 14 erbracht wird.	
28	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	18
VitE	Eine Leistung nach Nr. 28 ist für denselben Zahn nur in Ausnahmefällen neben der Leistung nach Nr. 27 abrechnungsfähig.	
29	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität, je Zahn	11
Dev		
31	Trepanation eines pulpatoten Zahnes	11
Trep1	Die im Zusammenhang mit einer Devitalisierung vorgenommene Eröffnung eines Zahnes kann nicht als Trepanation nach Nr. 31 abgerechnet werden.	
32	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal	29
WK		
34	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	15
Med	Medikamentöse Einlagen sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.	
35	Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal	17
WF		
36	Stillung einer übermäßigen Blutung	15
Nbl1	Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn die Stillung einer übermäßigen Blutung im zeitlichen Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff erfolgt, es sei denn, dass hierfür ein erheblicher zusätzlicher Zeitaufwand erforderlich war.	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
37 Nbl2	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung	29
38 N	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung	10
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nachbehandlungen sind abrechnungsfähig, wenn sie in besonderen Sitzungen, nicht jedoch in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Extraktion oder Operation erforderlich sind. 2. Eine Leistung nach Nr. 38 kann nicht neben Leistungen nach den Nrn. 36, 37 oder 46 abgerechnet werden, soweit Maßnahmen in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen. 	
40	Infiltrationsanästhesie	8
I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leistungen nach den Nrn. 40 und 41 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen. 2. Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 40 kann im Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen nur einmal je Sitzung erfolgen. Die beiden mittleren Schneidezähne gelten im Falle der Infiltrationsanästhesie nicht als ein Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen. 3. Bei lang dauernden Eingriffen ist die Nr. 40 ein zweites Mal abrechnungsfähig. 4. Die intraligamentäre Anästhesie ist nach Nr. 40 abrechnungsfähig. Werden im Ausnahmefall zwei nebeneinanderstehende Zähne intraligamentär anästhesiert, so kann die Nr. 40 je Zahn einmal abgerechnet werden. 	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
41	Leitungsanästhesie	
L1	a) intraoral	12
L2	b) extraoral	16
1.	Leistungen nach den Nrn. 40 und 41 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.	
2.	Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 41 kann nur erfolgen, wenn die Infiltrationsanästhesie (Nr. 40) nicht ausreicht. Dies ist gegeben: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="416 689 831 719">- im Unterkiefer in der Regel, <li data-bbox="416 757 1299 891">- im Oberkiefer bei entzündlichen Prozessen, die die Anwendung der Infiltrationsanästhesie nicht gestatten, oder bei größeren chirurgischen Eingriffen, nicht bei Nrn. 43 bis 46, 49 und 50. 	
3.	Bei chirurgischen und parodontal-chirurgischen Leistungen können in begründeten Ausnahmefällen die Nr. 41 und die Nr. 40 abgerechnet werden, wenn nur so eine ausreichende Anästhesietiefe oder die Ausschaltung von Anastomosen erreicht werden kann.	
4.	Bei lang dauernden Eingriffen ist die Nr. 41 ein zweites Mal abrechnungsfähig.	
43	Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	10
X1	Als einwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen: <p data-bbox="352 1420 555 1449">alle Frontzähne</p> <p data-bbox="352 1471 632 1500">im Oberkiefer Zahn 5</p> <p data-bbox="352 1523 794 1552">im Unterkiefer Zahn 4 und Zahn 5</p> <p data-bbox="352 1574 632 1603">bei den Milchzähnen:</p> <p data-bbox="352 1626 555 1655">alle Frontzähne</p> <p data-bbox="352 1677 1299 1798">Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.</p>	
44	Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	15
X2	Als mehrwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen: <p data-bbox="352 2000 512 2029">alle Molaren</p>	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	<p>im Oberkiefer Zahn 4 bei den Milchzähnen: alle Milchmolaren</p> <p>Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.</p>	
45 X3	Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung	40
46 XN	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	21
47a Ost1	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 47a setzt die Aufklappung des Zahnfleisches voraus.	58
47b Hem	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes Eine Leistung nach Nr. 47b ist nur in begründeten Ausnahmefällen zum Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe und/oder zum Erhalt einer bestehenden prothetischen Versorgung abrechnungsfähig.	72
48 Ost2	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	78
49 Exz1	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes 1. Eine Leistung nach Nr. 49 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Gebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.	10

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	2. Wird in der Präparationssitzung eine Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe, wie z. B. Papillektomie, durchgeführt, ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig.	
	3. Für das Durchtrennen von Zahnfleischfasern (auch mittels elektrochirurgischer Maßnahmen) ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig.	
50	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)	37
Exz2	1. Eine Leistung nach Nr. 50 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Operationsgebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.	
	2. Eine Leistung nach Nr. 50 ist auch mehrmals je Kiefer abrechnungsfähig, wenn es sich um getrennte Operationsgebiete handelt.	
51a Pla1	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	80
51b Pla0	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie	40
52 Trep2	Trepanation des Kieferknochens	24
53 Ost3	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer	72
54	Wurzelspitzenresektion	
WR1	a) an einem Frontzahn	72
WR2	b) an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze	96
WR3	c) am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar, je weitere Wurzelspitze	48
	1. Eine Wurzelspitzenresektion an einer Wurzelspitze in derselben Sitzung an demselben Seitenzahn, die über einen anderen operativen Zugang erfolgt, wird nach Nr. 54 b abgerechnet.	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	2. Eine retrograde Füllung an einer Wurzel nach Wurzelspitzenresektion wird nach den Nrn. 32 und 35 gesondert abgerechnet.	
55 RI	Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschließlich einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen	72
56	Operation einer Zyste	
ZY1	a) durch Zystektomie	120
ZY2	b) durch orale Zystostomie	72
ZY3	c) durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
ZY4	d) durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
	Das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten ist nicht nach Nr. 56 abrechnungsfähig.	
57 SMS	Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung	48
	<i>(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 - gilt nur für Ersatzkassen)</i>	
	<i>Protokollnotiz:</i>	
	<i>Leistungen nach Nr. 57 sind im Rahmen einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen neben Leistungen nach den Nrn. AIT, CPT abrechenbar, wenn sie als zusätzliche ortsgetrennte präprothetisch-chirurgische Eingriffe erforderlich sind.</i>	
58 KNR	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung, je Sitzung	48
	1. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nur abgerechnet werden, wenn sie nicht im zeitlichen Zusammenhang mit dem Entfernen von Zähnen oder einer Osteotomie erbracht wird.	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	<p>2. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nicht abgerechnet werden, wenn eine Osteotomie in derselben Sitzung in derselben Kieferhälfte oder dem Frontzahnbereich erbracht wird.</p>	
59 Pla2	<p>Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte</p> <p><i>(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 - gilt nur für Ersatzkassen)</i></p> <p><i>Protokollnotiz:</i></p> <p><i>Leistungen nach Nr. 59 sind im Rahmen einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen neben Leistungen nach den Nrn. AIT, CPT abrechenbar, wenn sie als zusätzliche ortsgetrennte präprothetisch-chirurgische Eingriffe erforderlich sind.</i></p>	120
60 Pla3	Tuberplastik, einseitig	80
61 Dia	<p>Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 61 kann nur abgerechnet werden, wenn das Septum durchtrennt wird.</p>	72
62 Alv	<p>Alveolotomie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Resektion der Alveolarfortsätze in einem Gebiet von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer ist nach dieser Nummer abrechnungsfähig. 2. Die Resektion der Alveolarfortsätze über das Gebiet von mehr als acht Zähnen in einem Kiefer ist zweimal nach Nr. 62 abrechnungsfähig. 3. Die Resektion der Alveolarfortsätze in einem Gebiet bis zu drei Zähnen in einem Kiefer ist nur dann abrechnungsfähig, wenn sie in besonderer Sitzung erbracht wurde. 4. Das Gebiet muss nicht zusammenhängend sein. 	36

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
63 FI	Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung	80
105 Mu	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung Die Behandlung von Prothesendruckstellen kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.	8
106 sK	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung 1. Zum Artikulationsausgleich ist auch für das Beschleifen von Prothesenzähnen im Gegenkiefer die Nr. 106 einmal je Kiefer ansatzfähig. Neben einer Leistung nach der Nr. 106 kann eine Leistung nach der Nr. 89 für denselben Kiefer nicht abgerechnet werden. 2. Das Beseitigen störender Prothesenränder kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.	10
107 Zst	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung Das Entfernen harter Zahnbeläge ist einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 107 kann nicht abgerechnet werden, wenn in demselben Kalenderjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107a abgerechnet worden ist.	16
107a PBZst	Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, je Sitzung Die Leistung nach Nr. 107a ist einmal pro Kalenderhalbjahr abrechnungsfähig. Sie kann nicht abgerechnet werden, wenn in demselben Kalenderhalbjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107 abgerechnet worden ist.	16

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
151 Bs1	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	38
	Neben der Leistung nach Nr. 151 sind die Leistungen nach Nrn. 153 a, 153 b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nummer 151 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.	
152 Bs2a	a) Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	34
Bs2b	b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	26
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Leistung nach Nr. 152 a ist nur abrechnungsfähig für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben. 2. Die Leistung nach Nr. 152 b ist abrechnungsfähig für Versicherte in derselben Einrichtung (z. B. betreute Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung). 3. Neben den Leistungen nach Nrn. 152 a und 152 b sind die Leistungen nach Nrn. 153 a, 153 b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 152 a und 152 b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden. 	
153 Bs3a	a) Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht	30
Bs3b	b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 153 a zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	<p>Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht</p>	26
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zu den Einrichtungen zählen stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen, in denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen. 2. Die Leistungen nach Nrn. 153 a und 153 b sind neben den Leistungen nach Nrn. 151, 152 a, 152 b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 153 a und 153 b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden. 	
154 Bs4	<p>Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung</p>	30
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Leistung nach Nr. 154 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat. 2. Neben der Leistung nach Nr. 154 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152 a, 152 b, 153 a und 153 b nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden. 	
155 Bs5	<p>Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 154 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung</p>	26

1. Die Leistung nach Nr. 155 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Neben der Leistung nach Nr. 155 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152 a, 152 b, 153 a und 153 b nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 155 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

161	Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 151 und 154	
ZBs1a	a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	18
ZBs1b	b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	29
ZBs1c	c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	50
ZBs1d	d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	38
ZBs1e	e) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	67
ZBs1f	f) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	88

Die Zuschläge nach den Nrn. 161 a bis 161 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

162	Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 152 a, 152 b und 155	
ZBs2a	a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	9
ZBs2b	b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	15
ZBs2c	c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	25

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
ZBs2d	d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	19
ZBs2e	e) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	34
ZBs2f	f) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	44
Die Zuschläge nach den Nrn. 162 a bis 162 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.		
165 ZKi	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152 a, 152 b, 153 a, 153 b, 154 und 155 bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr	14
171	Zuschlag für Besuche nach Nrn. 151, 152	
PBA1a	a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten	37
PBA1b	b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 171 a	30
	1. Die Zuschläge nach Nrn. 171 a und 171 b sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.	
	2. Der Zuschlag nach Nr. 171 a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 151, der Zuschlag nach Nr. 171 b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 152 a oder Nr. 152 b abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 171 a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 171 b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 171 a und 171 b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.	

3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 171 a oder Nr. 171 b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
4. Die Notwendigkeit des Aufsuchens, beispielsweise bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, ist zu dokumentieren.

172 Zuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V

SP1a a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung

40

SP1b b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172 a

32

1. Die Zuschläge nach Nrn. 172 a und 172 b sind nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Der Zuschlag nach Nr. 172 a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 154, der Zuschlag nach Nr. 172 b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 155 abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 172 a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 172 b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 172 a und

172 b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.

3. Der Vertragszahnarzt kann für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, mit welcher der Vertragszahnarzt einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V abgeschlossen hat, der den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und insoweit den Vertragszahnarzt zur Abrechnung der Zuschläge nach Nrn. 172 a und 172 b berechtigt, keine Leistungen nach Nrn. 171 a und 171 b abrechnen.

173 Zuschlag für Besuche nach Nr. 153

ZBs3a a) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153 a von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten

32

ZBs3b b) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153 b je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhält, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 173 a

24

1. Die Zuschläge nach Nrn. 173 a und 173 b sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.
2. Der Zuschlag nach Nr. 173 a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153 a, der Zuschlag nach Nr. 173 b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153 b abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 173 a und 173 b sind neben dem Zuschlag nach Nr. 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 173 a und 173 b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.

3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 173 a oder Nr. 173 b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

174 Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten

PBa a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan 20

Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, einschließlich Dokumentation anhand des Vordrucks gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V.

Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst insbesondere die Angabe:

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

Bei der Erstellung des Plans werden Angaben des Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen berücksichtigt.

Der individuelle Mundgesundheitsplan wird in den Vordruck gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V eingetragen.

PBb	b) Mundgesundheitsaufklärung	26
-----	------------------------------	----

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die folgenden Leistungen:

- Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans nach Nr. 174a;
- Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches sowie der Mundschleimhaut;
- Demonstration und ggf. praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes;
- Erläuterung des Nutzens der vorstehenden Maßnahmen, Anregen und Ermutigen des Versicherten sowie dessen Pflege- oder Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

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

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

Soweit 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. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- oder

Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.

1. Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b sind nur abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten. Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nr. 174 a oder Nr. 174 b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
2. Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden. Neben den Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Nrn. IP 1, IP 2, FU 1, FU 2, MHU, UPT a und UPT b nicht abgerechnet werden.

181 Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

Ksla a) persönlich oder fernmündlich 14

Kslb b) im Rahmen eines Telekonsils 16

1. Die Leistungen nach Nrn. 181a und 181b sind abrechenbar für die konsiliarische Erörterung einer versichertenbezogenen Fragestellung, wenn sich der Zahnarzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat. Unter persönlicher Erörterung nach Nr. 181a ist der Austausch in physischer Anwesenheit aller am Konsil beteiligten Ärzte/Zahnärzte zu verstehen. Die fernmündliche Erörterung wird mittels Fernsprecher durchgeführt. Ein Telekonsil nach Nr. 181b ist die zeitgleiche bzw. zeitversetzte Kommunikation zwischen Ärzten/Zahnärzten unter Nutzung der in § 2 Abs. 1 der Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 291g Abs. 6 SGB V genannten elektronischen Dienste und ermöglicht den elektronischen Austausch von Dokumenten und Bildern. Ein zeitgleiches Telekonsil zwischen Ärzten/Zahnärzten nach Nr. 181b mittels

eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z wird als Videokonsil bezeichnet.

2. Die Leistungen nach Nr. 181a und Nr. 181b sind auch dann abrechenbar, wenn die Erörterung zwischen einem Zahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.
3. Die Leistungen nach Nr. 181a und Nr. 181b sind nicht abrechenbar, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft, einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung oder desselben Medizinischen Versorgungszentrums sind. Sie sind nicht abrechenbar für routinemäßige Besprechungen.

182 Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V

- | | | |
|-------|---------------------------------|----|
| KslKa | a) persönlich oder fernmündlich | 14 |
| KslKb | b) im Rahmen eines Telekonsils | 16 |

1. Die Leistungen nach Nr. 182a und Nr. 182b sind nur abrechenbar für die konsiliarische Erörterung einer versichertenbezogenen Fragestellung, die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, mit der der Vertragszahnarzt einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht, und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat. Unter persönlicher Erörterung nach Nr. 182a ist der Austausch in physischer Anwesenheit aller am Konsil beteiligten Ärzte/Zahnärzte zu verstehen, die fernmündliche Erörterung wird mittels Fernsprecher durchgeführt. Ein Telekonsil nach Nr. 182b ist die zeitgleiche bzw. zeitversetzte Kommunikation zwischen Ärzten/Zahnärzten unter Nutzung der in § 2 Abs. 1 der Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 291g Abs. 6 SGB V genannten elektronischen Dienste und ermöglicht den elektronischen Austausch von Dokumenten und Bildern. Ein zeitgleiches Telekonsil zwischen Ärzten/Zahnärzten nach Nr. 182b mittels

eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z wird als Videokonsil bezeichnet.

2. Die Leistungen nach Nr. 182a und Nr. 182b sind auch dann abrechenbar, wenn die Erörterung zwischen einem Kooperationszahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.
3. Die Leistungen nach Nr. 182a und Nr. 182b sind nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft, einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung oder desselben Medizinischen Versorgungszentrums sind.

VS

Videosprechstunde

16

1. Die Leistung nach Nr. VS ist abrechenbar bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, sowie bei Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden. Die Anspruchsberechtigung ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren.
2. Die Leistung nach Nr. VS ist nur abrechenbar für Videosprechstunden mittels eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z.
3. Die Leistung nach Nr. VS kann grundsätzlich nur als alleinige Leistung abgerechnet werden. In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere, wenn aufgrund einer behördlichen Anordnung oder einer freiwilligen Quarantäne im Zusammenhang mit einer meldepflichtigen Krankheit des Versicherten oder eines meldepflichtigen Nachweises von Krankheitserregern ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten nicht möglich ist, kann eine Leistung nach Nr. 174b in derselben Sitzung neben einer Leistung nach Nr. VS abgerechnet werden.
4. Soweit dem Versicherten ein Verständnis nur eingeschränkt möglich ist, ist die Videosprechstunde bei räumlicher und zeitgleicher Anwesenheit des Versicherten im jeweils erforderlichen Umfang auf die

Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken.

5. Die Leistung nach Nr. VS kann in derselben Sitzung nicht neben Leistungen nach Nrn. VFK, 181 oder 182 abgerechnet werden.

VFK	Videofallkonferenz mit an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen	12
	a) bezüglich eines Versicherten	6
	b) bezüglich jedes weiteren Versicherten in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang	
	1. Die Leistung nach Nr. VFK ist abrechenbar bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, sowie bei Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden. Die Anspruchsberechtigung ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren.	
	2. Die Nr. VFK ist nur abrechenbar für Videofallkonferenzen mittels eines Videodienstes gemäß Anlage 16 BMV-Z.	
	3. Die Leistung nach Nr. VFK kann je Quartal und Versicherten dreimal abgerechnet werden.	
	4. Die Leistung nach Nr. VFK kann nur als alleinige Leistung erbracht werden.	
	5. Die Leistung nach Nr. VFK ist nur abrechenbar, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten stattgefunden hat.	
TZ	Technikzuschlag für Videosprechstunde, Videofallkonferenz oder Videokonsil	16
	1. Der Technikzuschlag nach Nr. TZ ist abrechenbar in Verbindung mit einer Videosprechstunde nach Nr. VS, einer Videofallkonferenz nach Nr. VFK oder einem Telekonsil nach Nrn. 181b oder 182b, das als Videokonsil mittels eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z erfolgt.	

2. Der Technikzuschlag nach Nr. TZ kann je Praxis bis zu zehnmal im Quartal abgerechnet werden. Er ist neben den ersten zehn im Quartal erbrachten Leistungen nach den Nrn. VS, VFK, 181b oder 182b abrechenbar.

eMP	Aktualisierung elektronischer Medikationsplan	3
-----	---	---

1. Die Leistung nach Nr. eMP ist für die Aktualisierung eines elektronischen Medikationsplans in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel einmal je Sitzung abrechenbar.
2. Die Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans soll auf den elektronischen Notfalldatensatz übertragen werden, soweit ein solcher vorhanden und die vorliegende Information zu aktualisieren ist. In diesem Fall können die Leistungen nach den Nrn. eMP und NFD bezogen auf denselben Sachverhalt nicht nebeneinander abgerechnet werden.
3. Vor dem Zugriff auf die Daten des elektronischen Medikationsplans ist die Einwilligung des Versicherten einzuholen und in der Patientenakte zu dokumentieren.

NFD	Aktualisierung Notfalldatensatz	6
-----	---------------------------------	---

1. Die Leistung nach Nr. NFD ist für die Aktualisierung eines elektronischen Notfalldatensatzes einmal je Sitzung abrechenbar.
2. Die Aktualisierung des elektronischen Notfalldatensatzes soll auf den elektronischen Medikationsplan übertragen werden, soweit ein solcher vorhanden und die vorliegende Information zu aktualisieren ist. In diesem Fall können die Leistungen nach den Nrn. eMP und NFD bezogen auf denselben Sachverhalt nicht nebeneinander abgerechnet werden.
3. Vor dem Zugriff auf den Notfalldatensatz ist die Einwilligung des Versicherten einzuholen und in der Patientenakte zu dokumentieren.

ePA1	Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte	4
------	--	---

1. Die Leistung nach Nr. ePA1 umfasst
 - die Erfassung, Verarbeitung oder Speicherung von versorgungsrelevanten zahnmedizinischen Informationen oder Angaben zum Bonusheft aus der aktuellen Behandlung des Versicherten für eine erstmalige einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation in der elektronischen Patientenakte (Daten nach § 341 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGB V) auf Verlangen des Versicherten,
 - die Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,
 - die Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten,
 - die Einholung der Einwilligung des Versicherten in den Zugriff auf Daten in dessen elektronischer Patientenakte.
2. Die Leistung nach Nr. ePA1 ist einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifend nur einmal je Versicherten und elektronischer Patientenakte abrechenbar.
3. Die Leistung nach Nr. ePA1 ist nicht neben der Leistung nach Nr. ePA2 abrechenbar.

ePA2	Aktualisierung einer elektronischen Patientenakte	2
------	---	---

1. Die Leistung nach Nr. ePA2 umfasst
 - die Erfassung, Verarbeitung oder Speicherung von versorgungsrelevanten zahnmedizinischen Informationen oder Angaben zum Bonusheft aus der aktuellen Behandlung des Versicherten für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation in der elektronischen Patientenakte (Daten nach § 341 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGB V) auf Verlangen des Versicherten,
 - die Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,

- die Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten,
 - die Einholung der Einwilligung des Versicherten in den Zugriff auf Daten in dessen elektronischer Patientenakte.
2. Die Leistung nach Nr. ePA2 ist höchstens einmal je Sitzung abrechenbar.
 3. Die Leistung nach Nr. ePA2 ist nicht neben der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte nach Nr. ePA1 abrechenbar.

IP 1	Mundhygienestatus	20
------	-------------------	----

Die Erhebung des Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene und des Gingivazustands anhand eines geeigneten Indexes (z. B. Approximalraum-Plaqueindex, Quigley-Hein-Index, Papillenblutungsindex; der einmal gewählte Index ist beizubehalten), die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen und ggf. das Anfärben der Zähne.

1. Eine Leistung nach Nr. IP 1 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.
2. Leistungen nach den Nrn. IP 1 bis IP 5 können nur für Versicherte abgerechnet werden, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Für andere Versicherte können Leistungen nach den Nrn. IP 4 bis IP 5 nur abgerechnet werden, soweit dies in den Abrechnungsbestimmungen ausdrücklich vereinbart ist.

IP 2	Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen	17
------	--	----

Aufklärung des Versicherten und ggf. dessen Erziehungsberechtigten über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst folgende Leistungen:

- Aufklärung über Ursachen von Karies und Gingivitis sowie deren Vermeidung
- ggf. Ernährungshinweise und Mundhygieneberatung, auch unter Berücksichtigung der Messwerte der gewählten Mundhygiene-Indizes

- Empfehlungen zur Anwendung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, fluoridierte Zahnpasta, fluoridierte Gelees und dergl.); ggf. Abgabe/Verordnung von Fluoridtabletten
- praktische Übung von Mundhygienetechniken, auch zur Reinigung der Interdentalräume

Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalles festlegen. In einem Zeitraum von drei Jahren sind alle Leistungsbestandteile mindestens einmal zu erbringen.

1. Eine Leistung nach Nr. IP 2 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.
2. Die Abrechnung der Nr. IP 2 setzt die Einzelunterweisung voraus.

IP 4	Lokale Fluoridierung der Zähne	12
------	--------------------------------	----

Die Nr. IP 4 umfasst folgende Leistungen:

Die lokale Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung mit Lack, Gel o. ä. einschließlich der Beseitigung von weichen Zahnbelägen und der Trockenlegung der Zähne.

1. Das Entfernen harter Zahnbeläge ist nach Nr. 107 abzurechnen.
2. Eine Leistung nach Nr. IP 4 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.
3. Bei Versicherten mit hohem Kariesrisiko kann ab dem 6. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Nr. IP 4 je Kalenderhalbjahr zweimal abgerechnet werden.

IP 5	Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (Zähne 6 und 7) mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn	16
------	---	----

Eine Leistung nach Nr. IP 5 umfasst die Versiegelung der Fissuren und der Grübchen einschließlich der gründlichen Beseitigung der weichen Zahnbeläge und der Trockenlegung der zu versiegelnden Zähne.

1. Das Entfernen harter Zahnbeläge ist nach Nr. 107 abrechnungsfähig.

2. Eine Leistung nach Nr. IP 5 kann auch bei Durchbruch der 6-Jahresmolaren bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres abgerechnet werden.
3. Das Versiegelungsmaterial ist mit der Bewertung abgegolten.

FU 1	<p>Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat, jeweils eine</p> <ol style="list-style-type: none">a) Früherkennungsuntersuchung vom 6. bis zum vollendeten 9. Lebensmonatb) Früherkennungsuntersuchung vom 10. bis zum vollendeten 20. Lebensmonatc) Früherkennungsuntersuchung vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat <ol style="list-style-type: none">1. Der Abstand zwischen zwei Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens vier Monate.2. Die Früherkennungsuntersuchungen umfassen folgende Leistungen:<ul style="list-style-type: none">- Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung (Inspektion der Mundhöhle)- Erhebung der Anamnese zum Ernährungsverhalten (insb. zum Nuckelflaschengebrauch) sowie zum Zahnpflegeverhalten durch die Betreuungspersonen, Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Betreuungspersonen mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke auch mittels Nuckelflasche sowie durch verbesserte Mundhygiene, Aufklärung der Betreuungspersonen über die Ätiologie oraler Erkrankungen- Erhebung der Anamnese zu Fluoridierungsmaßnahmen und -empfehlungen sowie Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel (fluoridhaltige Zahnpaste, fluoridiertes Speisesalz u. ä.)	27
------	--	----

3. Neben einer Früherkennungsuntersuchung nach Nr. FU 1 kann eine Leistung nach Nr. 01 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann die Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden.
4. Im Zusammenhang mit einer Früherkennungsuntersuchung nach Nr. FU 1 kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nicht abgerechnet werden.
5. Die Abrechnung von Früherkennungsuntersuchungen setzt die Einzeluntersuchung bzw. -unterweisung voraus.

FU Pr	Praktische Anleitung der Betreuungspersonen zur Mundhygiene beim Kind	10
-------	---	----

1. Eine Leistung nach Nr. FU Pr ist nur im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. FU 1 abrechenbar.
2. Die Abrechnung der Leistung nach Nr. FU Pr setzt die Einzelunterweisung voraus.

FU 2	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 34. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat	25
------	---	----

1. In dem Zeitraum vom 34. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat erfolgen drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Der Abstand zwischen den Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate.
2. Die Früherkennungsuntersuchungen umfassen folgende Leistungen:
 - Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung (Inspektion der Mundhöhle)
 - Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmft-Index
 - Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Betreuungspersonen mit dem Ziel der Keimzahlenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene

- Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, fluoridierte Zahnpaste u. ä.) und ggf. Abgabe oder Verordnung von Fluorid-Tabletten

3. Neben einer Früherkennungsuntersuchung nach Nr. FU 2 kann eine Leistung nach Nr. 01 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann die Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden.
4. Im Zusammenhang mit einer Früherkennungsuntersuchung nach Nr. FU 2 kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nicht abgerechnet werden.
5. Die Abrechnung von Früherkennungsuntersuchungen setzt die Einzeluntersuchung bzw. -unterweisung voraus.
6. Der Abstand zwischen einer Leistung nach Nr. FU 1 und einer Leistung nach Nr. FU 2 beträgt mindestens vier Monate.

FLA Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung 14

1. Die Leistung nach Nr. FLA kann bei Versicherten vom 6. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat abgerechnet werden. Sie umfasst die Anwendung von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung einschließlich der Beseitigung von sichtbaren weichen Zahnbelägen und der relativen Trockenlegung der Zähne.
2. Die Leistung nach Nr. FLA kann zweimal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.

Teil 2 Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene)

Zahnärztliche Leistungen, die zur Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels erforderlich sind, werden nach den Abschnitten J und L des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung abgerechnet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 BEMA-Punkt anzusetzen. Leistungen aus Teil 1 des Bewertungsmaßstabes können abgerechnet werden, wenn sie nicht Bestandteil einer anderen nach der GOÄ abrechnungsfähigen Leistung sind.

2	Schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes	20
---	--	----

Die Leistung nach Nr. 2 kann nicht für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene gemäß den BEMA-Nrn. UP1 bis UP6 abgerechnet werden.

7	Vorbereitende Maßnahmen	
	a) Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung	19

	b) Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung	19
--	---	----

1. Eine Leistung nach den Nrn. 7 a oder b ist bei allen nach der Planung notwendig werdenden Abformungsmaßnahmen nur dann abrechenbar, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laborkosten abgerechnet werden.

2. Die vorbereitenden Maßnahmen nach Nr. 7 a sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung abrechenbar. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal abrechenbar. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer

Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

3. Die vorbereitenden Maßnahmen nach Nr. 7 b sind nur im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels und bei Unterkieferprotrusionsschienen abrechenbar.
4. Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Leistungen nach Nr. 7 b neben alleinigen Maßnahmen nach Nrn. 20 und 100 in der Regel nicht abrechenbar.
5. Leistungen nach Nr. 7 a oder b sind nach dem für die Kieferorthopädie und zahnprothetische Behandlung geltenden Punktwert abzurechnen, soweit sie im Zusammenhang mit diesen Leistungen erbracht werden.

K1	<p>Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche</p> <ol style="list-style-type: none">a) zur Unterbrechung der Okklusionskontakteb) als Aufbissschiene bei der Parodontalbehandlungc) als Bissführungsplatte bei der Versorgung mit Zahnersatz <ol style="list-style-type: none">1. Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche zur Unterbrechung der Okklusionskontakte kann angezeigt sein bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und zur Behebung von Fehlgewohnheiten. Angezeigt sind nur<ul style="list-style-type: none">- individuell adjustierte Aufbissbehelfe,- Miniplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief,- Interzeptoren,- Spezielle Aufbissschienen, die alle Okklusionsflächen bedecken (z. B. Michigan-Schienen).2. Eine Leistung nach der Nr. K1 ist auch für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen abrechnungsfähig.3. Das Eingliedern eines Daueraufbissbehelfs ist mit der Nr. K1 abgegolten.	106
----	---	-----

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
K2	Eingliedern eines Aufbissbehelfs zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche	45
	Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann bei akuten Schmerzzuständen angezeigt sein.	
K3	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf zur Unterbrechung der Okklusionskontakte mit adjustierter Oberfläche	61
	Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen angezeigt sein.	
K4	Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	11
	Die semipermanente Schienung kann zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen angezeigt sein.	
K6	Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs	30
K7	Kontrollbehandlung, ggf. mit einfachen Korrekturen des Aufbissbehelfs oder der Fixierung	6
K8	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs oder der Schienung (subtraktive Methode)	12
K9	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche (additive Methode)	35

- Leistungen nach den Nrn. K1 bis K4 sind nur dann abrechnungsfähig, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt. Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Abweichendes vereinbaren.
- Leistungen nach den Nrn. K1 und K4 sind auch für die Parodontalbehandlung abrechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
3.	Im zeitlichen Zusammenhang ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K1 bis K3 abrechnungsfähig.	
4.	Je Sitzung ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K6 bis K9 abrechnungsfähig.	
UP1	Untersuchung zur Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene einschließlich Beratung	27
	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="360 584 1299 913">1. Die Leistung nach Nr. UP1 umfasst die Prüfung, ob die zahnmedizinischen Voraussetzungen für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene vorliegen, insbesondere eine ausreichende Fähigkeit zur Mundöffnung, eine ausreichende aktive Protrusionsbewegungsmöglichkeit des Unterkiefers, eine ausreichende Verankerungsmöglichkeit der Schiene sowie keine der Versorgung entgegenstehenden Kiefergelenksstörungen. <li data-bbox="360 952 1299 1189">2. Neben einer Leistung nach Nr. UP1 kann für dieselbe Sitzung eine Leistung nach Nr. Ä 1 nur abgerechnet werden, wenn sie anderen Zwecken dient. Für eine der nachfolgenden Sitzungen kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nur dann abgerechnet werden, wenn sie als alleinige Leistung erbracht wird. <li data-bbox="360 1227 1299 1552">3. Die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene kann nur auf Veranlassung eines Vertragsarztes mit der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder der Qualifikation nach § 6 Absatz 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V abgerechnet werden. 	
UP2	Abformung und dreidimensionale Registrierung der Startprotrusionsposition	49

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
UP3	Eingliedern einer Unterkieferprotrusionsschiene	223
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Leistung nach UP3 umfasst das Eingliedern einer zweiteiligen, bimaxillär verankerten Unterkieferprotrusionsschiene mit individuell reproduzierbarer Adjustierung sowie der Möglichkeit einer individuellen Nachjustierung mindestens in Millimeterschritten sowie Einstellung des Protrusionsgrads ausgehend von regelhaft mindestens 50 % der maximal möglichen aktiven Unterkieferprotrusion. 2. Die zusätzliche Abrechnung von zahnärztlichem Honorar bei Anwendung besonderer Abdruckverfahren ist nicht zulässig. 	
UP4	Nachadaption des Protrusionsgrads	10
	<p>Die Leistung nach Nr. UP4 erfolgt in Abstimmung mit dem Vertragsarzt, der die Versorgung des Versicherten mit der Unterkieferprotrusionsschiene veranlasst hat.</p>	
UP5	Kontrollbehandlung	
	a) ggf. mit einfachen Korrekturen der UP	8
	b) mit Einschleifen der Stütz- und Gleitzonen einer UP (subtraktive Methode)	12
	c) mit Aufbau der Stütz- und Gleitzone einer UP (additive Methode)	35
	<p>Je Sitzung ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. UP 5 a bis UP 5 c abrechenbar.</p>	
UP6	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer Unterkieferprotrusionsschiene	
	a) kleinen Umfanges (ohne Abformung)	25
	b) größeren Umfanges (mit Abformung)	42
	c) Teilunterfütterung einer Unterkieferprotrusionsschiene	37
	d) Wiederherstellung eines einzelnen oder mehrerer Halte- oder Stützvorrichtungen	19
	e) Wiederherstellung eines einzelnen oder mehrerer Protrusionselemente	19
	<p>Für das Reinigen, Säubern und Polieren von Unterkieferprotrusionsschienen einschließlich der Protrusionselemente können den Krankenkassen keine Kosten berechnet werden.</p>	

Beschluss des Bewertungsausschusses am 22.12.2004 gem. § 87 Abs. 3 SGB V

Der Bewertungsausschuss beschließt mit Wirkung zum 01.01.2005 die Verschiebung der nachfolgenden BEMA-Positionen von BEMA-Teil 5 in BEMA-Teil 2. Es gilt der Punktwert von BEMA-Teil 2.

101	Maßnahmen zur Weichteilstützung zum Ausgleich oder zum Verschluss von Defekten im Bereich des Kiefers	
	a) bei vorhandenem Restgebiss	80
	b) bei zahnlosem Kiefer	120
102	Eingliedern eines Obturators zum Verschluss von Defekten des weichen Gaumens	240
103	Resektionsprothesen:	
	a) Eingliedern einer temporären Verschlussprothese nach Resektion oder bei großen Defekten des Oberkiefers	160
	b) Ergänzungsmaßnahmen im Anschluss an Leistungen nach Buchstabe a)	80
	c) Eingliedern einer Dauerprothese	300
104	Eingliedern einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile	
	a) kleineren Umfanges	300
	b) größeren Umfanges	500
	Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen sind nach den Allgemeinen Bestimmungen des BEMA abrechnungsfähig.	

Die Leistungen nach den Nrn. 101 bis 104 können nur im Zusammenhang mit Befunden nach den Klassen Nr. 3 und 4 der Festzuschuss-Richtlinien abgerechnet werden.¹

¹Abweichend hiervon besteht zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KZBV Konsens, dass dies für eine Leistung der BEMA-Nr. 104 nicht gilt, da z. B. bei einer Epithese der Ersatz von fehlenden Zähnen durch eine Prothese nicht immer erforderlich ist.

Teil 3 Kieferorthopädische Behandlung

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den Teilen 1 und/oder 2 abgerechnet werden.

5 Kieferorthopädische Behandlungsplanung 95

Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzepts sowie Aufklärung des Patienten und Dokumentation, einschließlich Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Dokumentation ist dem Patienten anzubieten und auf Wunsch auszuhändigen.

Eine Leistung nach Nr. 5 ist nicht abrechnungsfähig

- bei Verlängerungsanträgen,
- bei Therapieänderungen und Ergänzungen zum Behandlungsplan
- oder zur Retentionsplanung.

116 Fotografie 15

Profil- oder en-face-Fotografie mit diagnostischer Auswertung, je Aufnahme

Eine Leistung nach Nr. 116 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechenbar.

117 Modellanalyse 35

Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale Analyse, graphische oder metrische Analyse, Diagramme), je Nr. 7 a

Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei einer kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Behandlung bis zu viermal abrechenbar. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

118	Kephalometrische Auswertung	29
-----	-----------------------------	----

Untersuchung des Gesichtsschädels, einmal je Fernröntgenseitenbild einschließlich Dokumentation

1. Eine Leistung nach Nr. 118 kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.
2. Eine Leistung nach Nr. 118 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechenbar.

119	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention	
	a) einfach durchführbarer Art	132
	b) mittelschwer durchführbarer Art	204
	c) schwierig durchführbarer Art	276
	d) besonders schwierig durchführbarer Art	336

Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:

I.	Zahl der <u>be-</u> <u>wegten</u> Zähne bzw. Zahn- gruppen	1-2 1	1-2 Zahn- gruppen 2	alle Zahngruppen 3
II.	Größe der Bewegung	1-2 mm 1	3-5 mm 3	mehr als 5 mm 5
III.	Art und Richtung der Bewegung	 günstig 1	kippend*) ungünstig 3	 körperlich 5
IV.	Verankerung	einfach 1	mittelschwer 2	schwierig 5
V.	Reaktionsweise (Alter, <u>Konstitu-</u> <u>tion</u> , Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig 1	gut 3	ungünstig 5

Die Summe der einzelnen Punkte ergibt die Bewertung für Schwierigkeit und Umfang der vorgesehenen Kieferumformung nach folgendem Schema:

5 bis 7 Punkte = a) 11 bis 15 Punkte = c)

8 bis 10 Punkte = b) 16 und mehr Punkte = d)

*) Als günstige „kippende“ Bewegung gelten:

Bukkalbewegung der Seitenzähne bei der Dehnung, Protrusionsbewegung der Frontzähne und Retrusionsbewegung der Frontzähne, Mesialbewegung der Seitenzähne;

als ungünstige „kippende“ Bewegung gelten:

Palatinalbewegung und Distalbewegung der Seitenzähne, Lateralbewegung von Frontzähnen, Drehung, Verlängerung und Verkürzung von Zähnen (auf direktem Wege).

120 Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention

a) einfach durchführbarer Art	204
b) mittelschwer durchführbarer Art	228
c) schwierig durchführbarer Art	276
d) besonders schwierig durchführbarer Art	336

Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:

I.	Größe der Bissverlagerung	1-2 mm	½ Prämolarenbreite	über ½ bis 1 Prämolarenbreite
		1	3	5
II.	Lokalisation	einseitig	-	beiderseitig
		1		3
III.	Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung	mesial	lateral	distal
		1	2	3
IV.	Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig	gut	ungünstig
		1	3	10

Die Summe der einzelnen Punkte ergibt die Bewertung für Schwierigkeit und Umfang der vorgesehenen Bissverlagerung:

4 bis 8 Punkte = a) 11 bis 12 Punkte = c)

9 bis 10 Punkte = b) 13 und mehr Punkte = d)

1. Im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 01 nur abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.
2. Im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Abrechnung von Leistungen der Nrn. 121 bis 124 neben einer Leistung der Nrn. 119/120 nicht möglich.
3. Der Zahnarzt hat quartalsweise Abschlagszahlungen abzurechnen

bei Nr. 119 a) 11 Punkte	bei Nr. 120 a) 17 Punkte
b) 17 Punkte	b) 19 Punkte
c) 23 Punkte	c) 23 Punkte
d) 28 Punkte	d) 28 Punkte

Für Kalenderquartale, in denen keine kieferorthopädischen Leistungen erbracht wurden, entfällt die Abrechnung der Abschlagszahlung. In diesen Fällen verlängert sich die Behandlungszeit entsprechend. Insgesamt können nicht mehr als 12 Abschlagszahlungen abgerechnet werden.

4. Mit den Gebühren nach Nrn. 119/120 ist eine Behandlungszeit bis zu 16 Behandlungsquartalen abgegolten. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können in den Fällen nach den Nrn. 119 a und b sowie 120 a und b die restlichen Abschlagszahlungen bei Ende der Behandlung abgerechnet werden. Soweit nach den Nrn. 119 c und d sowie 120 c und d eingestufte Behandlungen vor 10 Behandlungsquartalen beendet werden, erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.
5. Bei der Frühbehandlung eines Distalbisses, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Non-okklusion) permanenter Zähne, eines progeneren Zwangsbisses/frONTALen Kreuzbisses oder der Behandlung zum Öffnen von Lücken kann der Zahnarzt quartalsweise Abschlagszahlungen nach den

Nrn. 119 und/oder 120, für längstens sechs Kalenderquartale abrechnen. Diese Abrechnung ist besonders zu kennzeichnen. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können die restlichen Abschlagszahlungen nach Satz 1 bei Ende der Behandlung abgerechnet werden.

Die Frühbehandlung soll nicht vor dem 4. Lebensjahr begonnen werden.

6. Die frühe Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen ist nach den Nrn. 119 und/oder 120 abrechnungsfähig.
7. Über das 4. Behandlungsjahr hinausgehende noch erforderliche Leistungen sind mit Begründung und Angabe der voraussichtlichen weiteren Behandlungszeit und der Neuordnung aufgrund des Befundes am Ende des 4. Behandlungsjahres zu den Buchstaben a bis d der Nrn. 119 und 120 schriftlich zu beantragen.

Für die nach Ablauf von 16 Behandlungsquartalen notwendigen Behandlungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Retentionsüberwachung) werden bei Leistungen nach Nrn. 119 und 120 die Abschlagszahlungen wie unter Nr. 3 quartalsweise fällig.

8. Wird die Behandlung abgebrochen, so erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.
9. Belehrende und ermahnende Informationen in einem Brief an die Patienten oder deren Erziehungsberechtigte sind mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und/oder 120 abgegolten.
10. Maßnahmen zur Retention können bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalenderquartals, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nrn. 119/120 geleistet worden ist, abgerechnet werden, längstens bis zum Abschluss der Behandlung. Der Zahnarzt hat den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
11.	Die Abrechnung von Leistungen nach den Nrn. 119/120 beginnt mit der therapeutischen Phase. Das ist in der Regel die erste Maßnahme zur Herstellung eines Behandlungsgerätes oder das Extrahieren, Separieren und Einschleifen von Zähnen im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Eingliederung des Behandlungsgerätes.	
12.	Übernimmt ein Zweitbehandler die Fortführung der Behandlung nach dem ursprünglichen Behandlungsplan, so kann der Zweitbehandler die restlichen Abschlagszahlungen abrechnen. Hat der Erstbehandler 7 oder mehr Abschlagszahlungen abgerechnet, ist der Zweitbehandler berechtigt, nach Ablauf von 12 Behandlungsquartalen sofort einen Verlängerungsantrag zu stellen.	
13.	Mit den Nrn. 119/120 ist die Ausstellung der Abschlussbescheinigung abgegolten.	
<i>(Siehe auch Beschluss Nr. 110 der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ vom 03.05.1989, gültig ab 01.05.1989 - gilt nur für Ersatzkassen)</i>		
121	Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss oder bei einem habituell offenen Biss, je Sitzung	17
1.	Eine Leistung nach Nr. 121 kann pro Patient bis zu sechsmal während eines Zeitraums von sechs Monaten abgerechnet werden. Nach einem Zeitraum von sechs Monaten ist die Abrechnung einer Leistung nach Nr. 121 ausgeschlossen. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach der Nr. 121 nicht abrechnungsfähig.	
2.	Zur Befundung und/oder Behandlung nach Nr. 121 sind Röntgenaufnahmen nicht abrechnungsfähig.	
3.	Für eine Leistung nach Nr. 121 ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.	
<i>(Siehe auch Feststellung Nr. 92 der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ vom 31.07.1980 - gilt nur für Ersatzkassen)</i>		
122	Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung a) Kontrolle des Behandlungsverlaufs einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel, für jede Sitzung	21

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	<ul style="list-style-type: none"> b) Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer c) Einfügen von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer 	<p>43</p> <p>27</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Die Eingliederung einer Mundvorhofplatte kann nicht nach Nrn. 119/120 abgerechnet werden. Nach den Nrn. 122 a bis c kann sie nur abgerechnet werden, wenn sie individuell gefertigt wurde. 2. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach den Nrn. 122 a bis c nicht abrechnungsfähig. 	
123a	Kieferorthopädische Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten zum Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlustes, je Kiefer	40
123b	Kontrolle eines Lückenhalters, je Behandlungsquartal	14
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach Nrn. 123a oder 123b nicht abrechnungsfähig. 2. Neben einer Leistung nach Nr. 123a sind Material- und Laboratoriumskosten abrechnungsfähig. 3. Für eine Leistung nach Nr. 123a ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig. 4. Neben einer Leistung nach Nr. 123a kann ein Orthopantomogramm abgerechnet werden, wenn es nicht bereits erbracht wurde. Andere Röntgenaufnahmen sind daneben nicht abrechnungsfähig. 	
124	Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss, je Sitzung	16
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 124 nicht abrechnungsfähig. 2. Eine Leistung nach Nr. 124 ist bis zu zweimal abrechnungsfähig. 	
125	Maßnahmen zur Wiederherstellung von Behandlungsmitteln einschließlich Wiedereinfügen, je Kiefer	30
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Eine Leistung nach Nr. 125 kann neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet werden, wenn ein Behandlungsmittel wiederhergestellt wird. 	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	<p>2. Die Wiederherstellung nach Nr. 125 bezieht sich nur auf Draht- oder Basisteile je Behandlungsgerät. Die Änderung von Behandlungsmitteln ist mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und 120 abgegolten. Die Aktivierung von Behandlungsmitteln, z. B. Nachstellen von Schrauben und Federelementen, kann nicht nach Nr. 125 abgerechnet werden.</p>	
126a	<p>Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments aus Edelstahl oder nickelfreiem Metall einschließlich Material- und Laborkosten</p> <p>Die Leistung umfasst die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben und die Überschussentfernung.</p> <p>Für das Eingliedern eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmalig bis zu sechsmal die Nr. 126a und einmal die Nr. 127a abrechenbar, wenn ein Behandlungsbedarfsgrad E3 oder E4 in der Unterkieferfront festgestellt wurde. Bei einem festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainer sind das Wiedereingliedern und/oder der Ersatz sowie die Nr. 127b nicht abrechenbar. Eine Leistung nach Nr. 126d ist bzgl. eines Retainers nur abrechenbar, wenn sie innerhalb der vertraglich festgelegten Retentionszeit anfällt.</p>	18
126b	<p>Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laborkosten</p> <p>Die Leistung umfasst die Vorauswahl am Modell, die Klebeflächenreinigung, das Vorbeschleifen, die Einprobe, das Adaptieren, das Finishing, das Konturieren, die Trockenlegung, das Zementieren und die Überschussentfernung.</p> <p>In der Regel soll an einem Zahn im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung nur einmal ein Band oder ein Bracket befestigt werden.</p>	42
126c	Wiedereingliederung eines Bandes	30
126d	Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments	6

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	Die Leistung umfasst das Abnehmen, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren.	
	Leistungen nach Nrn. 126 bis 131 können neben Leistungen nach Nrn. 119 und/oder 120 abgerechnet werden.	
127a	Eingliederung eines Teilbogens aus Edelstahl einschließlich Material- und Laborkosten	25
	Die Leistung umfasst das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
127b	Ausgliederung eines Teilbogens	7
128a	Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens aus Edelstahl einschließlich Material- und Laborkosten	32
	Die Leistung umfasst das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
128b	Eingliederung eines individualisierten Vollbogens aus Edelstahl einschließlich Material- und Laborkosten	40
	Die Leistung umfasst das Anpassen, das Biegen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren. Zum Leistungsinhalt eines individualisierten Bogens gehören mindestens drei Biegungen 2. Ordnung oder eine Biegung 3. Ordnung.	
128c	Ausgliederung von Vollbögen, je Bogen	9
	Nach Nr. 128c ist auch die Ausgliederung von Apparaturen nach Nr. 130 zweimal abrechnungsfähig.	
129	Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens	24

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
130	<p data-bbox="352 192 1299 322">Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbänder) einschließlich Material- und Laborkosten</p> <p data-bbox="352 356 1299 439">Neben der Leistung nach Nr. 130 ist die Leistung nach Nr. 126b zweimal abrechenbar.</p> <p data-bbox="352 472 1299 555">Material- und Laborkosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können gesondert abgerechnet werden.</p> <p data-bbox="352 589 1299 674">Für die Ausgliederung einer ergänzenden festsitzenden Apparatur ist die Leistung nach Nr. 128c zweimal abrechenbar.</p>	72
131a	<p data-bbox="352 752 1299 835">Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur</p> <p data-bbox="352 869 1299 999">Neben der Leistung nach Nr. 131a ist eine Leistung nach Nr. 126b bis zu viermal abrechenbar. Material- und Laborkosten können gesondert abgerechnet werden.</p>	50
131b	<p data-bbox="352 1077 1299 1261">Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbstscharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann, je Seite</p> <p data-bbox="352 1294 1299 1424">Neben der Leistung nach Nr. 131b ist eine Leistung nach Nr. 126b bis zu viermal abrechenbar. Material- und Laborkosten können gesondert abgerechnet werden.</p>	50
131c	<p data-bbox="352 1503 1299 1529">Eingliederung einer Gesichtsmaske</p> <p data-bbox="352 1563 1299 1646">Neben der Leistung nach Nr. 131c können Material- und Laborkosten gesondert abgerechnet werden.</p>	50

Teil 4 Systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

4	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	44
ATG	Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch	28
	<ol style="list-style-type: none">1. Das Parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch umfasst die Information des Versicherten über den Befund und die Diagnose, die Erörterung von gegebenenfalls bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die nachfolgende Therapie einschließlich der Unterstützenden Parodontitistherapie, die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren sowie die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.2. Neben der Leistung nach Nr. ATG kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.	
MHU	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	45
	<ol style="list-style-type: none">1. Die Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung erfolgt im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. AIT und umfasst folgende Leistungen:<ul style="list-style-type: none">– Mundhygieneaufklärung; hierbei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen der Versicherte verfügt, wie seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche langfristigen Ziele bezogen auf seine Mundgesundheit der Versicherte verfolgt– Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva– Anfärben von Plaque– Individuelle Mundhygieneinstruktion	

- Praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollten die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden

2. Die Mundhygieneunterweisung soll in einer die jeweilige individuelle Versichertensituation berücksichtigenden Weise erfolgen.
3. Neben der Leistung nach Nr. MHU kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.

AIT Antiinfektiöse Therapie

- | | |
|---------------------------------------|----|
| a) je behandeltem einwurzeligen Zahn | 14 |
| b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn | 26 |

1. Gegenstand der antiinfektiösen Therapie ist die Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr. Die Maßnahme erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden.
2. Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, kann im zeitlichen Zusammenhang mit der Antiinfektiösen Therapie die Verordnung systemisch wirkender Antibiotika angezeigt sein.
3. Mit der Leistung nach Nr. AIT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107 a abgegolten.
4. Die Gingivektomie oder Gingivoplastik sind mit der Nr. AIT abgegolten.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
BEV	Befundevaluation	
	a) nach AIT	32
	b) nach CPT	32
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Evaluation der parodontalen Befunde im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie erfolgt grundsätzlich drei bis sechs Monate nach Beendigung der Antiinfektiösen Therapie gemäß Nr. AIT. Im Falle eines gegebenenfalls erforderlichen offenen Vorgehens erfolgt eine weitere Evaluation grundsätzlich drei bis sechs Monate nach Beendigung der Chirurgischen Therapie gemäß Nr. CPT. 2. Die Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter). Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten des Parodontalstatus verglichen. Dem Versicherten wird der Nutzen der UPT-Maßnahmen erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen. 3. Neben der Leistung nach Nr. BEV kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden. 	
CPT	Chirurgische Therapie	
	a) je behandeltem einwurzeligen Zahn	22
	b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	34
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Chirurgische Therapie erfolgt im Rahmen eines offenen Vorgehens und umfasst die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement. 2. Der Chirurgischen Therapie hat ein geschlossenes Vorgehen im Rahmen der Antiinfektiösen Therapie voranzugehen. Die zahnmedizinische Notwendigkeit für ein offenes Vorgehen kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation eine Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr gemessen wird. 3. Mit der Leistung nach Nr. CPT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107a abgegolten. 	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
UPT	Unterstützende Parodontitistherapie	
	a) Mundhygienekontrolle	18
	b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)	24
	c) Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn	3
	d) Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen, abrechenbar bei Versicherten mit festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-RL im Rahmen der zweiten und vierten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL, bei Versicherten mit festgestelltem Grad C im Rahmen der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL	15
	e) Subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je einwurzeligem Zahn	5
	f) Subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je mehrwurzeligem Zahn	12
	g) Untersuchung des Parodontalzustands, die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter). Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten der Untersuchung nach Nr. BEV oder nach Nr. UPT d verglichen. Dem Versicherten werden die Ergebnisse erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen. Die Leistung nach Nr. UPT g ist ab dem Beginn des zweiten Jahres der UPT einmal im Kalenderjahr abrechenbar.	32
	1. Die Maßnahmen nach Nrn. UPT a bis g sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz ist abhängig vom festgestellten Grad der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-RL: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="424 1794 1299 1877">– Grad A: einmal im Kalenderjahr mit einem Mindestabstand von zehn Monaten <li data-bbox="424 1906 1299 1989">– Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten 	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	<ul style="list-style-type: none"> – Grad C: einmal im Kalendertriertel mit einem Mindestabstand von drei Monaten <p>2. Die Maßnahmen nach Nrn. UPT a bis g können über den Zeitraum von zwei Jahren hinaus verlängert werden, soweit dies zahnmedizinisch indiziert ist. Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.</p> <p>3. Neben der Leistung nach Nr. UPT b kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.</p> <p>4. Mit der Leistung nach Nr. UPT c sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107a abgegolten.</p>	
108	<p>Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden.</p>	6
111	<p>Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung</p> <p>Leistungen nach Nrn. 38 und 105 können nicht neben Leistungen nach Nr. 111 abgerechnet werden, soweit Maßnahmen in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen.</p>	10

Teil 5 Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

- | | | |
|---|--|----------|
| 18 | Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal,
a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig
b) durch einen gegossenen Stiftaufbau, zweizeitig | 50
80 |
| <ol style="list-style-type: none">1. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur einmal je Zahn abgerechnet werden.2. Neben einer Leistung nach Nr. 18 a kann eine Leistung nach Nrn. 13 a oder b für das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone abgerechnet werden.3. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur in Verbindung mit Leistungen nach den Nrn. 20 und 91 abgerechnet werden. Ausnahmen sind zu begründen.4. Eine Leistung nach Nr. 18 kann, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, abgerechnet werden, auch wenn sie im Heil- und Kostenplan in der Gebührenvorausberechnung nicht angegeben war. | | |
| 19 | Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied | 19 |
| <ol style="list-style-type: none">1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden.2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht abrechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste. | | |

3. Für die provisorische Versorgung nach den Nrn. 19 und 21 ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.
4. Provisorische Versorgungen in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen sind nach der Nr. 19 abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 19i zu kennzeichnen.

20	Versorgung eines Einzelzahnes durch	
	a) eine metallische Vollkrone	148
	b) eine vestibulär verblendete Verblendkrone	158
	c) eine metallische Teilkrone	187

Mit einer Leistung nach Nr. 20 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion

1. Einzelkronen als Schutz- und Stützkronen sind nach Nr. 20 abzurechnen.
2. Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen nach den Nrn. 20 a/20 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung mit i zu kennzeichnen.
3. Die Präparation einer Teilkrone erfordert die Überkupplung aller Höcker eines Zahnes. Die Präparation einer Teilkrone ist überwiegend supragingival und bedeckt die gesamte Kaufläche und somit sämtliche Höcker.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
21	<p>Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kauffunktion durch eine provisorische Krone mit Stiftverankerung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden. 2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht abrechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste. 3. Für die provisorische Versorgung nach den Nrn. 19 und 21 ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend. 	28
22	<p>Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 18 und 20:</p> <p>Präparation eines Zahnes: Halbe Bew.-Zahl nach Nr. 20 oder Nr. 18</p> <p>weitere Maßnahmen: Dreiviertel der Bew.-Zahl nach Nr. 20</p> <p>gegebenenfalls: Bew.-Zahl nach Nr. 18</p> <p>Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies im Rahmen der Abrechnung.</p>	
24	<p>Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Wiedereinsetzen einer Krone oder dergleichen b) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen c) Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach der Nr. 19 oder 21 <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Leistung nach Nr. 24 c kann höchstens dreimal je Krone abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan kann sie in der Gebührenvorausberechnung nicht angesetzt werden. 	<p>25</p> <p>43</p> <p>7</p>

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	<p>2. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen nach Nrn. 24 a, 24 b und 24 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 24 a i, 24 b i und Nr. 24 c i zu kennzeichnen.</p>	
89	<p>Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 89 kann nur einmal je Heil- und Kostenplan abgerechnet werden. Sie kann nicht für das Einschleifen zur Aufnahme von Halte- und Stützvorrichtungen abgerechnet werden. Sie kann auch neben Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 abgerechnet werden.</p>	16
90	<p>Versorgung eines Zahnes durch eine Wurzelstiftkappe mit Verankerung im Wurzelkanal mit Kugelknopfanker</p> <p>Mit einer Leistung nach der Nr. 90 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation der Kavität, Abformung, Einprobe, Einzementieren.</p> <p>Eine Leistung nach der Nr. 90 ist nur im Zusammenhang mit der Eingliederung einer Cover-Denture-Prothese bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer abrechnungsfähig.</p>	154
91	<p>Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, – je Pfeilerzahn –</p> <p>a) Metallische Vollkrone</p> <p>b) Vestibulär verblendete Verblendkrone</p> <p>c) Metallische Teilkrone</p> <p>d) Teleskop-/Konuskrone</p> <p>e) Verwendung eines Geschiebes bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern zusätzlich zu den Nrn. 91 a bis c</p> <p>1. Mit den Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion.</p>	<p>118</p> <p>128</p> <p>136</p> <p>190</p> <p>43</p>

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	<p>2. Gegossene Einlagefüllungen als Brückenanker sind nicht abrechnungsfähig.</p> <p>3. Für die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskronen ist bei Neuanfertigung oder Wiederherstellung einer Prothese oder abnehmbaren Brücke die halbe Gebühr für die Nr. 91 d abzurechnen.</p>	
92	<p>Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke je Spanne</p> <p>Mit den Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion</p>	62
93a	<p>Adhäsivbrücke mit Metallgerüst im Frontzahnbereich mit einem Flügel einschließlich der Präparation von Retentionen an dem Pfeilerzahn, Abformung, Farbbestimmung, Bissnahme, Einprobe und adhäsive Befestigung, Kontrolle und ggf. Korrekturen der Okklusion und Artikulation</p> <p>Zwei Adhäsivbrücken mit Metallgerüst mit jeweils einem Flügel zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen können nur bei Versicherten abgerechnet werden, die das 14., aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben.</p>	240
93b	<p>Adhäsivbrücke mit Metallgerüst im Frontzahnbereich mit zwei Flügeln einschließlich der Präparation von Retentionen an den Pfeilerzähnen, Abformung, Farbbestimmung, Bissnahme, Einprobe und adhäsive Befestigung, Kontrolle und ggf. Korrekturen der Okklusion und Artikulation</p> <p>Eine Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit zwei Flügeln zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen kann nur bei Versicherten abgerechnet werden, die das 14., aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben.</p>	335

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
94a	<p>Teilleistungen nach den Nrn. 90 bis 92 bei nicht vollendeten Leistungen</p> <p>Präparation eines Ankerzahnes (Brückenpfeilers): Halbe Bew.-Zahl nach den Nrn. 90 und 91</p> <p>Präparation eines Ankerzahnes (Brückenpfeilers) mit darüber hinausgehenden Maßnahmen:</p> <p>Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt:</p> <p>Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies im Rahmen der Abrechnung.</p>	<p>Dreiviertel der Bew.-Zahl nach den Nrn. 90 und 91</p> <p>Dreiviertel der Bew.-Zahl nach Nr. 92</p>
94b	<p>Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 93a und 93b</p> <p>Präparation des Brückenpfeilers nach Nr. 93a:</p> <p>Präparation des Brückenpfeilers nach der Nr. 93a mit darüber hinausgehenden Maßnahmen:</p> <p>Präparation der Brückenpfeiler nach der Nr. 93b:</p> <p>Präparation der Brückenpfeiler nach der Nr. 93b mit darüber hinausgehenden Maßnahmen:</p> <p>Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies im Rahmen der Abrechnung.</p>	<p>Halbe Bew.-Zahl nach der Nr. 93a</p> <p>Dreiviertel der Bew.-Zahl nach der Nr. 93a</p> <p>Halbe Bew.-Zahl nach der Nr. 93b</p> <p>Dreiviertel der Bew.-Zahl nach der Nr. 93b</p>

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
95	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken und provisorischen Brücken	
	a) Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Anker	34
	b) Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Anker	50
	c) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	36
	d) Abnahme und Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke	18
	e) Wiedereingliederung einer einflügeligen Adhäsivbrücke	61
	f) Wiedereingliederung einer zweiflügeligen Adhäsivbrücke	85
	Eine Leistung nach der Nr. 95 d kann höchstens dreimal je Brücke abgerechnet werden.	
96	Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen	
	a) zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen	57
	b) zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen	83
	c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen	115
	Mit einer Leistung nach Nr. 96 sind folgende Leistungen abgegolten: anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.	
	1. Ein fehlender Weisheitszahn ist als zu ersetzender, fehlender Zahn nur dann mitzuzählen, wenn sein Gebiet in die prothetische Versorgung einbezogen wird. Ist der Zahn 7 vorhanden, dann ist der Weisheitszahn nicht mitzuzählen.	
	2. Die definitive Versorgung mit einer rein schleimhautgetragenen Prothese bedarf einer besonderen Begründung.	
	Zu Nrn. 96 - 100: Die zusätzliche Abrechnung von zahnärztlichem Honorar bei Anwendung besonderer Abdruckverfahren ist nicht zulässig.	
97a	Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Oberkiefer	250
	Mit einer Leistung nach der Nr. 97a sind folgende Leistungen abgegolten: anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.	

Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene Prothese in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen sind die Nrn. 97a und 97b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 97a i und 97b i zu kennzeichnen.

97b	Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Unterkiefer	290
-----	---	-----

Mit einer Leistung nach der Nr. 97b sind folgende Leistungen abgegolten: anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.

Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene Prothese in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen sind die Nrn. 97a und 97b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 97a i und 97b i zu kennzeichnen.

98a	Abformung mit individuellem oder individualisiertem Löffel, je Kiefer	29
-----	---	----

1. Eine Leistung nach Nr. 98a kann abgerechnet werden, wenn der übliche Löffel nicht ausreicht.
2. Eine Leistung nach Nr. 98a kann auch neben Kronen und Brücken, nicht jedoch neben einer Einzelkrone (Nr. 20), gerechnet je Kiefer, abgerechnet werden.
3. Eine Leistung nach Nr. 98a kann neben den Nrn. 98b oder 98c für denselben Kiefer nur in den Fällen abgerechnet werden, in denen für die prothetische Versorgung eines zahnarmen Kiefers neben dem Funktionsabdruck für die Versorgung der noch stehenden Zähne durch Kronen eine Abformung mit individuellem Löffel vorgenommen werden muss.
4. Wird ein individueller Löffel allein wegen der Verwendung bestimmter Abformmaterialien angefertigt, ohne dass die Voraussetzungen nach Nr. 1 der Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 98a vorliegen, können nur die Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden. In diesen Fällen ist auf der Material- und Laborkostenrechnung zu vermerken: ohne Nr. 98a.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
98b	Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Oberkiefer	57
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leistungen nach Nr. 98b sind bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähnen – abrechnungsfähig. 2. Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen sind die Nrn. 98b und 98c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als 98b i und 98c i zu kennzeichnen. 	
98c	Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Unterkiefer	76
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leistungen nach Nr. 98c sind bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähnen – abrechnungsfähig. 2. Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen sind die Nrn. 98b und 98c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als 98b i und 98c i zu kennzeichnen. 	
98d	Intraorale Stützstiftregistrierung zur Feststellung der Zentrallage	23
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Leistung nach der Nr. 98d ist nur neben der Leistung nach Nr. 97 (Totalprothese, Cover-Denture-Prothese) abrechnungsfähig, auch auf implantatgestützten Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unterkiefer zu Oberkiefer mit einfacheren Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann. 2. Material- und Laboratoriumskosten sind gesondert abrechnungsfähig. 3. Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen ist die Nr. 98d abrechenbar und bei der Abrechnung als Nr. 98d i zu kennzeichnen. 	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
98e	Verwendung einer Metallbasis in besonderen Ausnahmefällen, zu den Bewertungszahlen nach den Nrn. 97a oder b zusätzlich	16
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Leistung nach der Nr. 98e ist nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen) abrechnungsfähig. Sie ist nicht abrechnungsfähig für Verstärkungs- und Beschwerungseinlagen (z. B. aus Silber-Zinn). 2. Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen gemäß § 56 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 36 ist die Nr. 98e in den unter Nr. 1 genannten Fällen abrechenbar und bei der Abrechnung als Nr. 98e i zu kennzeichnen. 	
98f	Verwendung doppelarmiger Halte- oder einfacher Stützvorrichtungen oder mehrarmiger gebogener Halte- und Stützvorrichtungen zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96	22
	<p>zusätzlich je Prothese, nur abrechnungsfähig bei Interimsversorgung</p> <p>Die Verwendung von einarmigen Klammern ist in der Regel nicht indiziert. Die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98f ist mit der Gebühr nach Nr. 98g abgegolten.</p>	
98g	Verwendung einer Metallbasis in Verbindung mit Halte- und Stützvorrichtungen – nicht bei Interimsprothesen –	44
	<p>Die Verwendung von einarmigen Klammern ist in der Regel nicht indiziert. Die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98f ist mit der Gebühr nach Nr. 98g abgegolten.</p>	
98h	Verwendung von gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96 oder Nr. 98g zusätzlich – nicht bei Interimsprothesen –	
	h/1 bei Verwendung von einer Halte- und Stützvorrichtung	29
	h/2 bei Verwendung von mindestens 2 Halte- und Stützvorrichtungen	50

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Leistung nach der Nr. 98h ist eine ergänzende Position zur Leistung nach Nr. 96 und ist deshalb nur im Zusammenhang mit dieser Nummer abrechnungsfähig. 2. Eine Leistung nach der Nr. 98h kann je Kiefer nur einmal abgerechnet werden. 	
99	<p>Teilleistungen nach den Nrn. 96, 97 und 98 bei nicht vollendeten Leistungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Anatomischer Abdruck zur prothetischen Versorgung eines Kiefers b) Maßnahmen einschließlich der Ermittlung der Bissverhältnisse Halbe Bew.-Zahl nach Nr. 96 oder 97 c) Weitergehende Maßnahmen Dreiviertel der Bew.-Zahl für die ges. Behandlung <ol style="list-style-type: none"> 1. Leistungen nach den Nrn. 98a, b und c sind voll abrechnungsfähig, wenn die Abformung in ein Modell übertragen worden ist. 2. In den Fällen der Nr. 99 c sind die Leistungen nach den Nrn. 98e, f, g und h vor der funktionsgerechten Eingliederung des Zahnersatzes zu Dreiviertel ihrer Bewertungszahl abrechnungsfähig. 3. Ist bei Leistungen nach den Nrn. 98e, g und h noch keine Einprobe der Metallbasis erfolgt, ist die halbe Bewertungszahl dieser Nummern berechenbar. Nach Einprobe der Metallbasis sind auch vor einer eventuellen Bissnahme Dreiviertel der Bewertungszahl abrechnungsfähig. 4. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies im Rahmen der Abrechnung. 	19
100	<p>Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese</p> <ol style="list-style-type: none"> a) kleinen Umfanges (ohne Abformung) b) größeren Umfanges (mit Abformung) c) Teilunterfütterung einer Prothese d) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren e) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer 	<p>30</p> <p>50</p> <p>44</p> <p>55</p> <p>81</p>

- f) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer 81

Neben Leistungen nach Nr. 100 sind Leistungen nach Nr. 98a, b oder c nicht abrechnungsfähig.

Leistungen nach Nr. 98f oder h sind neben Leistungen nach der Nr. 100 abrechnungsfähig, wenn eine Prothese um eine entsprechende Halte- oder Stützvorrichtung erweitert wird oder beim Ersatz einer Halte- oder Stützvorrichtung eine Neuplanung erforderlich ist.

Das Wiederbefestigen einer Halte- oder Stützvorrichtung kann nicht nach Nr. 98f oder h abgerechnet werden.

Durch Leistungen nach der Nr. 100 sind Nachbehandlungen abgegolten. Maßnahmen zur Wiederherstellung von Wurzelstiftkappen sind nach Nr. 100 b abrechnungsfähig.

Leistungen nach Nrn. 100 a und b können mehrfach oder nebeneinander nur abgerechnet werden, wenn die Wiederherstellung der Funktion oder die Erweiterung von abnehmbaren Prothesen nicht in einer Sitzung durchführbar ist. Das Gleiche gilt, wenn Leistungen nach Nr. 100 a oder b neben Leistungen nach Nrn. 100 c bis f erbracht werden.

1. Für das Reinigen, Säubern und Polieren von Prothesen können den Krankenkassen keine Kosten berechnet werden.
2. Leistungen nach Nrn. 100 e und f sind bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähnen – abrechnungsfähig.
3. Das Auffüllen eines Sekundärteleskops mit Kunststoffmassen bei einer Prothesenerweiterung ohne weitergehende Maßnahme ist nach Nr. 100 a abrechnungsfähig.
4. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer implantatgetragenen totalen Prothese sind in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen nach den Nrn. 100 a bis f abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nrn. 100 a i bis 100 f i zu kennzeichnen.