

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

BEMA

**Anlage A zum BMV-Z
Anlage A zum EKVZ**

Inhaltsverzeichnis

Seite

Allgemeine Bestimmungen:	3
Teil 1 Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen.....	6
Teil 2 Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)	32
Teil 3 Kieferorthopädische Behandlung	36
Teil 4 Systematische Behandlung von Parodontopathien	46
Teil 5 Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	48
Anlage B zum BMV-Z Anlage B zum EKVZ	61

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
gemäß § 87 Abs. 2 und 2 h¹ SGB V
in der ab 01.04.2014 gültigen Fassung

Allgemeine Bestimmungen:

1. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Abs. 2 und 2h¹ SGB V bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

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

2. Eine Leistung ist als selbständige Leistung dann nicht abrechnungsfähig, wenn sie Bestandteil einer anderen abrechnungsfähigen Leistung ist. Eine Leistung ist aber nur dann abrechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wird.
3. Zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 Bema-Punkt anzusetzen. Die ermittelten Bewertungszahlen sind auf ganze Zahlen aufzurunden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist im Rahmen der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nach folgender Maßgabe anzuwenden:

a) gestrichen durch Beschluss des Bewertungsausschusses am 17.12.2012, gültig ab 01.04.2013

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.

¹ vormals Abs. 2 d, geändert durch GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I Nr. 11 vom 30.03.2007)

3a.² 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 Kassenzahnärztliche 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.
- 5.³ Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sowie die zahntechnischen Laborkosten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, und die Versand- und Portokosten. Die Kosten der Röntgendiagnostik - mit Ausnahme der Versand- und Portokosten - sind in den Leistungsansätzen enthalten.
6. Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 04.06. und 05.11.2003 beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gilt vom 01.01.2004 an, soweit nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist.
 - a) Für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden und deren Behandlung noch andauert, gelten für die bis zum 30.06.2004 erbrachten Leistungen die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung weiter. Dies gilt entsprechend für Verlängerungsbehandlungen, die vor dem 01.01.2004 beantragt worden sind. Ab dem 01.07.2004 gilt für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung. Alle im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung anfallenden Begleitleistungen nach Bema-

² Nr. 3a eingefügt durch Beschluss des Bewertungsausschusses am 17.12.2012, gültig ab 01.04.2013

³ (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)

Teil 1 (insbesondere Leistungen der Individualprophylaxe, Zahnsteinentfernung, Beratungen und Röntgenleistungen) sind auch bei den Übergangsfällen nach den ab dem 01. Januar 2004 gültigen Abrechnungsbestimmungen abzurechnen. Dies gilt entsprechend für parodontologische und prothetische Behandlungen.

- b) Für parodontologische Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein Parodontalstatus ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, sofern die Parodontalbehandlung bis zum 30.06.2004 abgeschlossen wird.
- c) Für alle prothetischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 Heil- und Kostenpläne ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, sofern die Zahnersatzversorgungen bis zum 31.07.2004 eingegliedert werden.

Teil 1
Konservierende und chirurgische Leistungen
und Röntgenleistungen

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

Ä 1 Ber	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	9
	<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. Ä1 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 voraufgegangener 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 der Leistung nach Nr. FU in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann eine Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Nr. FU 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 jedoch 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.

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 Zu	<p>Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen</p> <p>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.</p> <p>2. Bei Leistungen außerhalb der Sprechstunde (nicht an Sonn- und Feiertagen und bei Nacht) ist die Uhrzeit anzugeben.</p> <p>3. Eine Leistung nach Nr. 03 kann nicht neben Leistungen nach Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden.</p>	15
04	<p>Erhebung des PSI-Code</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.</p>	10
05	<p>Gewinnung von Zellmaterial aus der Mundhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung, einschließlich Materialkosten</p> <p>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.</p> <p>2. Eine Leistung nach Nr. 05 kann nur bei Vorliegen einer Leukoplakie, Erythroplakie oder Lichen planus einmal innerhalb von zwölf Monaten abgerechnet werden.</p>	20
Ä 161 Inz1	<p>Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses</p>	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
Rö 8	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 934a kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.	
	2. Eine Leistung nach Nr. Ä 934a ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechnungsfähig.	
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 abrechnungsfähig.
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.

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

1. Unvollendete Füllungen sind nach Nr. 11 im folgenden Quartal unter Verwendung des Erfassungsscheines abzurechnen.

2. 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

1. Das Separieren von Zähnen bei kieferorthopädischer Behandlung und das Anlegen von Spanngummi bei Fissurenversiegelung können nach Nr. 12 abgerechnet werden.

2. 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 Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren	
F 1	a) einflächig	32
F 2	b) zweiflächig	39
F 3	c) dreiflächig	49
F 4	d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	58
	Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich sind nach den Nrn. 13 e, f und g nur abrechnungsfähig, wenn sie entsprechend der Adhäsivtechnik erbracht wurden und wenn eine Amalgamfüllung absolut kontraindiziert ist	
	e) einflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	52
	f) zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	64
	g) dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	84

1. Mit der Abrechnung der Nr. 13 ist die Verwendung jedes erprobten und praxisüblichen plastischen Füllmaterials einschließlich der Anwendung der Ätztechnik und der Lichtaushärtung abgegolten. Eine Zuzahlung durch den Versicherten ist nicht zulässig. Die bundesmantelvertraglichen Regelungen bleiben unberührt.

2. Das Legen einer Gussfüllung, ebenso die ggf. im Zusammenhang hiermit erbrachte Anästhesie oder durchgeführten Maßnahmen nach Nr. 12 sind

über den Erfassungsschein nicht abzurechnen, wohl aber eine vorausgegangene Behandlung des Zahnes.

3. Das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone ist nach der Nr. 13 a oder b abzurechnen.
4. Neben den Leistungen nach den Nrn. 13 a und b kann die Leistung nach Nr. 16 nicht abgerechnet werden.
5. Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a bis g 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 = okklusal/inzisal

d = 3 = distal

v = 4 = vestibulär (bukkal / zervikal bzw. labial)

l = 5 = lingual bzw. palatinal

Protokollnotiz zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.04.1996

- 1) *Der Erweiterte Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen geht davon aus, dass die nach den Nrn. 13 e, f und g abrechenbaren Füllungen im Seitenzahnbereich bei 1 % der Gesamtzahl der Füllungen liegen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss fordert die KZBV und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Spitzenverbände und die Landesverbände der Krankenkassen auf, geeignete Überprüfungsverfahren festzulegen, die sicherstellen, dass der angegebene Prozentsatz von 1 % eingehalten wird.*
- 2) *Wird der Prozentsatz wesentlich überschritten, werden der Bewertungsausschuss und ggf. der Erweiterte Bewertungsausschuss eine Überprüfung des bestehenden Bewertungsmaßstabes vornehmen.*
- 3) *Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass die durch die Nrn. 13 e, f und g bedingten, über die Nrn. 13 a, b und c hinausgehenden Mehraufwendungen nur im oben angegebenen Rahmen auf einer Leistungsausweitung im Sinne des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V beruhen.*
- 4) *Amalgamfüllungen sind absolut kontraindiziert, wenn der Nachweis einer Allergie gegenüber Amalgam bzw. dessen Bestandteilen gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie erbracht wurde bzw. wenn bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz neue Füllungen gelegt werden müssen.*
- 5) *Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass für die Nr. 13 e, f und g kein Füllungszuschlag⁴ gezahlt wird.*

⁴ Die Füllungszuschläge sind mit Wirkung zum 01.01.2004 durch die Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 04.06.2003 entfallen.

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 Steges, je Trennstelle	17
25 Cp	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität	6
	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 abubrechen. Desgleichen kann sie dann nicht zur Anwendung kommen, wenn es sich darum handelt, die für den Kranken mit Schmerzen verbundene Kavitätenpräparation abubrechen und durch Teilung in zwei oder mehrere Sitzungen erträglicher zu gestalten.	
26 P	Direkte Überkappung, je Zahn Direkte Überkappung im bleibenden Zahn bei artifizieller oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa, je Zahn	6
27 Pulp	Pulpotomie 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	29

Eine Leistung nach Nr. 27 ist bei Milchzähnen nur abrechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung eine der Nrn. 13 a bis g oder 14 erbracht wird.

28 VitE	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	18
------------	--	----

Eine Leistung nach Nr. 28 ist für denselben Zahn nur in Ausnahmefällen neben der Leistung nach Nr. 27 abrechnungsfähig.

29 Dev	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität, je Zahn	11
-----------	---	----

31 Trep1	Trepanation eines pulpatoten Zahnes	11
-------------	-------------------------------------	----

Die im Zusammenhang mit einer Devitalisierung vorgenommene Eröffnung eines Zahnes kann nicht als Trepanation nach Nr. 31 abgerechnet werden.

32 WK	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal	29
----------	--	----

34 Med	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	15
-----------	---	----

Medikamentöse Einlagen sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.

35 WF	Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal	17
----------	---	----

36 Nbl1	Stillung einer übermäßigen Blutung	15
------------	------------------------------------	----

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.

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
---------	--	----

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 I	Infiltrationsanästhesie	8
---------	-------------------------	---

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 nebeneinander stehenden 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.

41 L1 L2	Leitungsanästhesie a) intraoral b) extraoral	12 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:
 - im Unterkiefer in der Regel,

- 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:

alle Frontzähne

im Oberkiefer Zahn 5

im Unterkiefer Zahn 4 und Zahn 5

bei den Milchzähnen:

alle Frontzähne

Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.

44 Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung 15

X2

Als mehrwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen:

alle Molaren

im Oberkiefer Zahn 4

bei den Milchzähnen:

alle Milchmolaren

Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
45 X3	Entfernen eines tieffraktureierten 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
47 a Ost1	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 47a setzt die Aufklappung des Zahnfleisches voraus.	58
47 b Hem	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes Eine Leistung nach Nr. 47 b 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. 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.	10
50 Exz2	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis) 1. Eine Leistung nach Nr. 50 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Operationsgebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.	37

	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 WR1 WR2 WR3	Wurzelspitzenresektion a) an einem Frontzahn b) an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze c) am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar, je weitere Wurzelspitze	72 96 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.	
	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 Zy1 Zy2 Zy3 Zy4	Operation einer Zyste a) durch Zystektomie b) durch orale Zystostomie c) durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion d) durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	120 72 48 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 <i>(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 - gilt nur für Ersatzkassen)</i>	48
58 KnR	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung, je Sitzung 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. 2. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nicht abgerechnet werden, wenn eine Osteotomie in derselben Sitzung in derselben Kieferhälfte oder dem Frontzahnbereich erbracht wird.	48
59 Pla2	Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte <i>(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 - gilt nur für Ersatzkassen)</i>	120
60 Pla3	Tuberplastik, einseitig	80
61 Dia	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale Eine Leistung nach Nr. 61 kann nur abgerechnet werden, wenn das Septum durchtrennt wird.	72
62 Alv	Alveolotomie 1. Die Resektion der Alveolarfortsätze in einem Gebiet von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer ist nach dieser Nummer abrechnungsfähig.	36

	<p>2. Die Resektion der Alveolarfortsätze über das Gebiet von mehr als acht Zähnen in einem Kiefer ist zweimal nach Nr. 62 abrechnungsfähig.</p> <p>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.</p> <p>4. Das Gebiet muss nicht zusammenhängend sein.</p>	
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	8
	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.	
106 sK	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung	10
	<p>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.</p> <p>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.</p>	
107 Zst	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung	16
	Das Entfernen harter Zahnbeläge ist einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig.	

Die nachfolgenden Bema-Leistungen (Nrn. 151 bis 182) wurden durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13.11.2013 neu aufgenommen bzw. geändert und sind ab 01.04.2014 gültig.

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass den Abrechnungen der neu formulierten Leistungen 151 bis 155, 171a, 171b, 172a, 172b, 172c, 172d, 181 und 182 der jeweils gesamtvertraglich vereinbarte KCH-Punktwert zugrunde gelegt wird.

Besuche

151	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung	
Bs1	und eingehende Untersuchung	36
	Neben der Leistung nach Nr. 151 sind die Leistungen nach Nrn. 153, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 151 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.	
152	Besuch je weiterem Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft	
Bs2	oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung.	34
	Neben der Leistung nach Nr. 152 sind die Leistungen nach Nrn. 153, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 152 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.	
153	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären	
Bs3	Pflegeeinrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung 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.	28

Die Nr. 153 ist neben den Nrn. 151, 152, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Neben der Nr. 153 sind die Zuschläge nach den Nrn. 161a bis 161f nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 153 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

154 Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären
Bs4 Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines
Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, einschließlich Beratung und
eingehende Untersuchung 28

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 und 153 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

155 Besuch je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben
Bs5 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 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 und 153 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 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

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	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152, 153, 154 und 155	
ZKi	bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr	14

171 Zuschlag nach § 87 Abs. 2i SGB V

PBA1a	a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen	35
-------	--	----

PBA1b	b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem Versicherten, der pflegebedürftig ist, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweist, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 171a	30
-------	---	----

1. Die Leistungen sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einer Pflegestufe nach § 15 Abs. 1 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI eingeschränkt sind und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung oder eingeschränkten Alltagskompetenz nicht oder nur mit einem hohen Aufwand aufsuchen können.

2. Die Leistungen sind neben den Besuchsgebühren der BEMA-Nrn. 151 bis 153 einschließlich der Zuschläge nach den BEMA-Nrn. 161, 162 und 165 sowie dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechenbar.

 3. Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nummer 171 ist vom Zahnarzt ggf. anhand des Bescheides der Pflegekasse oder des Bescheides über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in der Patientenakte zu dokumentieren. 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 | 36 |
| SP1b | b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a | 31 |
| SP1c | c) Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit, einschließlich Dokumentation anhand des Formblatts nach Anlage 2 zur Rahmenvereinbarung gemäß § 119b Abs. 2 SGB V | 16 |
| SP1d | d) Unterstützung und ggf. praktische Anleitung des Pflegepersonals bei der Durchführung der ihm obliegenden Aufgaben durch versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der | |

Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege sowie zu Pflege und Handhabung des Zahnersatzes

20

1. Die Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d 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. Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d sind neben den Besuchsgebühren der Nrn. 154 und 155, einschließlich der Zuschläge nach Nrn. 161, 162 und 165 sowie dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig. Sie sind nicht neben den Nrn. 151, 152 und 153 und nicht neben den Nrn. 171a und 171b abrechnungsfähig.
3. Leistungen nach Nrn. 172c und 172d können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden, frühestens nach Ablauf von vier Monaten.
4. 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 von Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d berechtigt, keine Leistungen nach Nrn. 171a und 171b abrechnen.

181 Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

Ksl

14

1. Die Leistung nach Nr. 181 ist nur abrechnungsfähig, wenn sich der Zahnarzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat.

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

182 Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

KsIK im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V

14

1. Die Leistung nach Nr. 182 ist nur abrechnungsfähig für konsiliarische Erörterungen, die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden und 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. Die Leistung nach Nr. 182 ist auch dann abrechnungsfähig, wenn die Erörterung zwischen einem Kooperationszahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.
3. Die Leistung nach Nr. 182 ist nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind.

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

Die Erhebung des Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene und des Gingivazustands anhand eines geeigneten Indexes (z. B. Approximalraum-Plaquesindex, 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 bei vorzeitigem Durchbruch der 6-Jahrmolaren auch bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres abgerechnet werden.

3. Eine Leistung nach Nr. IP 4 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.

4. 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 Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 30. bis zum 72. Lebensmonat 25

1. In dem Zeitraum vom 30. bis zum 72. Lebensmonat erfolgen drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Der Abstand zwischen den Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate.
2. Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen enthalten folgende Leistungen:
 - Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung (Inspektion der Mundhöhle)
 - Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmft-Indexes
 - Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene
 - Empfehlung und ggf. Verordnung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (Fluorid-Tabletten, fluoridiertes Salz, fluoridierte Zahnpasta und dergl.)
3. Neben den Früherkennungsuntersuchungen 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. Eine Leistung nach Nr. IP 4 (lokale Fluoridierung der Zähne) kann bei Kindern mit hohem Kariesrisiko vom 30. Lebensmonat an bis zum vollendeten 6. Lebensjahr zweimal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.
5. Im Zusammenhang mit den Früherkennungsuntersuchungen und einer Leistung nach Nr. IP 4 kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nicht abgerechnet werden.
6. Die Abrechnung von Früherkennungsuntersuchungen setzt die Einzeluntersuchung bzw. -unterweisung voraus.

Teil 2

Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)

Zahnärztliche Leistungen, die zur Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels erforderlich sind, werden nach den Abschnitten J und L des Gebührenerzeichnisses 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
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 abrechnungsfähig, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden.	
	2. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7 a) sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig. 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 (Nr. 7 b) sind nur im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels abrechnungsfähig.
 4. Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Leistungen nach der Nr. 7 b neben alleinigen Maßnahmen nach Nrn. 20 und 100 in der Regel nicht abrechnungsfähig.
 5. Leistungen nach der 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.
- K 1 Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche 106
- a) zur Unterbrechung der Okklusionskontakte
 - b) als Aufbissschiene bei der Parodontalbehandlung
 - c) als Bissführungsplatte bei der Versorgung mit Zahnersatz
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
 - 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. K 1 ist auch für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen abrechnungsfähig.
 3. Das Eingliedern eines Daueraufbissbehelfs ist mit der Nr. K 1 abgegolten.
- K 2 Eingliedern eines Aufbissbehelfs zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche 45

Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann bei akuten Schmerzzuständen angezeigt sein.

K 3	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.

K 4	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.

K 6	Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs	30
-----	--	----

K 7	Kontrollbehandlung, ggf. mit einfachen Korrekturen des Aufbissbehelfs oder der Fixierung	6
-----	--	---

K 8	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs oder der Schienung (subtraktive Methode)	12
-----	---	----

K 9	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche (additive Methode)	35
-----	--	----

1. Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 4 sind nur dann abrechnungsfähig, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt. Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Abweichendes vereinbaren.

2. Leistungen nach den Nrn. K 1 und K 4 sind auch für die Parodontalbehandlung abrechnungsfähig.

3. Im zeitlichen Zusammenhang ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 3 abrechnungsfähig.

4. Je Sitzung ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K 6 bis K 9 abrechnungsfähig.

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

¹ Abweichend 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 abrechnungsfähig.

117 Modellanalyse 35

Zusätzliche Anwendung von Methoden zur 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 abrechnungsfähig.

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 abrechnungsfähig.

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 bewegten Zähne bzw. Zahngruppen	1-2	1-2 Zahngruppen	alle Zahngruppen
		1	2	3
II.	Größe der Bewegung	1-2 mm	3-5 mm	mehr als 5 mm
		1	3	5
III.	Art und Richtung der Bewegung	kippend*)		
		günstig	ungünstig	körperlich
		1	3	5
IV.	Verankerung	einfach	mittelschwer	schwierig
		1	2	5
V.	Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig	gut	ungünstig
		1	3	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 (Nonokklusion) permanenter Zähne, eines progenen 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 Neuuzuordnung 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.
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.

(Siehe auch Beschluss Nr. 110 der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ vom 03.05.1989, gültig ab 01.05.1989 - gilt nur für Ersatzkassen)

- 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.

(Siehe auch Feststellung Nr. 92 der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ vom 31.07.1980 - gilt nur für Ersatzkassen)

- 122 Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung

a) Kontrolle des Behandlungsverlaufs einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel, für jede Sitzung

21

	b) Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	43
	c) Einfügen von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	27
	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
	1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach Nrn. 123 a oder 123 b nicht abrechnungsfähig.	
	2. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a sind Material- und Laboratoriumskosten abrechnungsfähig.	
	3. Für eine Leistung nach Nr. 123 a ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.	
	4. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a 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
	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

1. Eine Leistung nach Nr. 125 kann neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet werden, wenn ein Behandlungsmittel wiederhergestellt wird.
2. Die Wiederherstellung nach Nr. 125 bezieht sich nur auf Draht- oder Bausteile 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.

126a	Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	18
------	--	----

Die Leistung beinhaltet die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben und die Überschussentfernung.

Für die Eingliederung eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers sind einmalig bis zu sechsmal die Nr. 126 a und einmal die Nr. 127 a abrechnungsfähig. Wiedereingliederung und/oder Ersatz sowie die Nr. 127 b sind nicht abrechnungsfähig. Eine Leistung nach Nr. 126 d ist bzgl. eines Retainers nur abrechnungsfähig, wenn sie innerhalb der vertraglich festgelegten Retentionszeit anfällt.

126b	Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	42
------	---	----

Die Leistung beinhaltet die Vorauswahl am Modell, die Klebeflächenreinigung, das Vorbeschleifen, die Einprobe, das Adaptieren, das Finishing, das Konturieren, die Trockenlegung, das Zementieren und die Überschussentfernung.

In der Regel soll an einem Zahn im Laufe einer Behandlung nur einmal ein Band oder ein Bracket befestigt werden.

126c	Wiedereingliederung eines Bandes	30
------	----------------------------------	----

126d	Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments	6
------	--	---

Die Leistung beinhaltet das Abnehmen, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren.

Leistungen nach den Nrn. 126 bis 131 können neben Leistungen nach den Nrn. 119 und/oder 120 abgerechnet werden.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
127a	Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	25
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
127b	Ausgliederung eines Teilbogens	7
128a	Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	32
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
128b	Eingliederung eines individualisierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	40
	Die Leistung beinhaltet 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. 128 c ist auch die Ausgliederung von Apparaturen nach Nr. 130 zweimal abrechnungsfähig.	
129	Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens	24
130	Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	72
	Die Ankerbänder gehören nicht zum Leistungsinhalt der Nr. 130, sie sind nach Nr. 126 b zweimal abrechnungsfähig. Material- und Laboratoriumskosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können gesondert abgerechnet werden.	
131a	Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur	50

Neben einer Leistung nach der Nr. 131 a ist eine Leistung nach der Nr. 126 b bis zu viermal abrechnungsfähig.

- 131b 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. 50

Neben einer Leistung nach der Nr. 131 b ist eine Leistung nach der Nr. 126 b bis zu viermal abrechnungsfähig.

- 131c Eingliederung einer Gesichtsmaske 50

Neben den Leistungen nach Nrn. 131 a bis c können Material- und Laboratoriumskosten gesondert abgerechnet werden.

Teil 4

Systematische Behandlung von Parodontopathien

Die Leistungen aus Bema-Teil 4 sind nur abrechnungsfähig, wenn ein PSI-Code von 3 oder 4 oder eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr festgestellt worden ist. In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

4	Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	39
P200	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	14
P201	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	26

Die Leistungen nach den Nrn. P200 und P201 umfassen Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien. Mit Leistungen nach den Nrn. P200 und P201 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten. Die Gingivektomie oder Gingivoplastik ist nach Nr. P200 oder P201 abrechnungsfähig.

Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten. Die Anästhesie ist zusätzlich abrechnungsfähig.

P202	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	22
P203	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	34

Die Leistungen nach den Nrn. P202 und P203 setzen chirurgische Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien voraus. Diese umfassen die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhaut-

verbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement. Mit Leistungen nach den Nrn. P202 oder P203 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten.

Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten. Die Anästhesie ist zusätzlich abrechnungsfähig.

108	Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	6
-----	---	---

Eine Leistung nach Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden.

111	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung	10
-----	---	----

Für diese Leistung kann die Nr. 38 daneben nicht abgerechnet werden.

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 | 50 |
| | b) durch einen gegossenen Stiftaufbau,
zweizeitig | 80 |
| | 1. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur einmal je Zahn abgerechnet werden. | |
| | 2. Neben einer Leistung nach der Nr. 18 a können Leistungen nach den Nrn. 13 a oder b und 13 e oder f 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 Gebüh-
renvorausberechnung 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 |
| | 1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebüh-
renvorausberechnung 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 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind nach der Nr. 19 abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 19 i 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 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V analog 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.
- 21 Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone mit Stiftverankerung 28

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.

22 Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 18 und 20:

Präparation eines Zahnes:	Halbe Bew.-Zahl nach Nr. 20 oder Nr. 18
weitere Maßnahmen:	Dreiviertel der Bew.-Zahl nach Nr. 20
gegebenenfalls:	Bew.-Zahl nach Nr. 18

Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

24 Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen

a) Wiedereinsetzen einer Krone oder dergleichen	25
b) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	43
c) Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach der Nr. 19 oder 21	7

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.

2. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V 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.

89	Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken	16
----	---	----

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.

90	Versorgung eines Zahnes durch eine Wurzelstiftkappe mit Verankerung im Wurzelkanal mit Kugelknopfanker	154
----	--	-----

Mit einer Leistung nach der Nr. 90 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation der Kavität, Abformung, Einprobe, Einzementieren.

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.

91	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, - je Pfeilerzahn –	
	a) Metallische Vollkrone	118
	b) Vestibulär verblendete Verblendkrone	128
	c) Metallische Teilkrone	136
	d) Teleskop-/Konuskrone	190
	e) Verwendung eines Geschiebes bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern zusätzlich zu den Nrn. 91 a bis c	43

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.

2. Gegossene Einlagefüllungen als Brückenanker sind nicht abrechnungsfähig.
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.

92 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke je Spanne 62

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

93a 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. 240

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.

93b 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. 335

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.

94a Teilleistungen nach den Nrn. 90 bis 92 bei nicht vollendeten Leistungen

Präparation eines Ankerzahnes (Brückenpfeilers) nach den Nrn. 90 und 91:	Halbe Bew.-Zahl nach den Nrn. 90 und 91
---	--

Präparation eines Ankerzahnes (Brückenpfeilers) mit darüber hinausgehenden Maßnahmen:	Dreiviertel der Bew.-zahl nach den Nrn. 90 und 91
---	--

Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt:	Dreiviertel der Bew.-zahl nach Nr. 92
--	--

Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

94b Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach der Nr. 93.

Präparation der Brückenpfeiler:	Halbe Bew.-Zahl nach der Nr. 93
---------------------------------	------------------------------------

Präparation der Brückenpfeiler mit darüber hinausgehenden Maßnahmen:	Dreiviertel der Bew.-Zahl nach der Nr. 93
--	--

Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

95 Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken und provisorischen Brücken

a) Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern	34
--	----

- | | | |
|----|--|----|
| b) | Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern | 50 |
| c) | Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen | 36 |
| d) | Abnahme und Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke | 18 |

Eine Leistung nach der Nr. 95 d kann höchstens dreimal je Brücke abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan kann sie in der Gebührenvorausberechnung nicht angesetzt 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. 97 a 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 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 97 a und 97 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 97 a i und 97 b i zu kennzeichnen.

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

Mit einer Leistung nach der Nr. 97 b 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 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 97 a und 97 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 97 a i und 97 b 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. 98 b oder 98 c 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. 98 a vorliegen, können nur die Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden. In diesen Fällen

ist auf der Material- und Laborkostenrechnung zu vermerken: ohne Nr. 98 a.

98b Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Oberkiefer 57

1. Leistungen nach Nr. 98 b 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 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 98 b und 98 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als 98 b i und 98 c i zu kennzeichnen.

98c Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Unterkiefer 76

1. Leistungen nach Nr. 98 c 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 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 98 b und 98 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als 98 b i und 98 c i zu kennzeichnen.

98d Intraorale Stützstiftregistrierung zur Feststellung der Zentrallage 23

1. Eine Leistung nach der Nr. 98 d ist nur neben der Leistung nach Nr. 97 (Totalprothese, Cover-Denture-Prothese) abrechnungsfähig, auch auf implantatgestützten Totalprothesen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V 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 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist die

Nr. 98 d abrechenbar und bei der Abrechnung als Nr. 98 d i zu kennzeichnen.

98e	Verwendung einer Metallbasis in besonderen Ausnahmefällen, zu den Bewertungszahlen nach den Nrn. 97 a oder b zusätzlich	16
	1. Eine Leistung nach der Nr. 98 e 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. 98 e in den unter Nr. 1 genannten Fällen abrechenbar und bei der Abrechnung als Nr. 98 e i zu kennzeichnen.	
98f	Verwendung doppelarmiger Halte- oder einfacher Stützvorrichtungen oder mehrarmiger gebogener Halte- und Stützvorrichtungen zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96 zusätzlich je Prothese, nur abrechnungsfähig bei Interimsversorgung	22
	Die Verwendung von einarmigen Klammern ist in der Regel nicht indiziert. Die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98 f ist mit der Gebühr nach Nr. 98 g abgegolten.	
98 g	Verwendung einer Metallbasis in Verbindung mit Halte- und Stützvorrichtungen - nicht bei Interimsprothesen -	44
	Die Verwendung von einarmigen Klammern ist in der Regel nicht indiziert. Die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98 f ist mit der Gebühr nach Nr. 98 g abgegolten.	
98h	Verwendung von gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96 oder Nr. 98 g 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

1. Eine Leistung nach der Nr. 98 h 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. 98 h kann je Kiefer nur einmal abgerechnet werden.

99 Teilleistungen nach den Nrn. 96, 97 und 98 bei nicht vollendeten Leistungen:

- | | |
|--|---|
| a) Anatomischer Abdruck zur prothetischen Versorgung eines Kiefers | 19 |
| 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 |

1. Leistungen nach den Nrn. 98 a, 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. 98 e, f, g und h vor der funktionsgerechten Eingliederung des Zahnersatzes zu Dreiviertel ihrer Bewertungszahl abrechnungsfähig.
3. Ist bei Leistungen nach den Nrn. 98 e, 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. Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

100	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese	
	a) kleinen Umfanges (ohne Abformung)	30
	b) größeren Umfanges (mit Abformung)	50
	c) Teilunterfütterung einer Prothese	44
	d) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren	55
	e) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer	81
	f) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer	81

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

Leistungen nach Nr. 98 f 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. 98 f 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 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach den Nrn. 100 a bis f abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nrn. 100 a i bis 100 f i zu kennzeichnen.

Die Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu numerischen Leistungsnummern (Anlage B zum BMV-Z bzw. Anlage B zum EKVZ) erhält folgende Fassung:

Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu numerischen Leistungs-Nummern

1. Die KZVen können gegenüber den Vertragszahnärzten bestimmen, dass bei der Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen anstelle der in den Teilen 1 und 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes festgelegten Leistungs-Nummern und Leistungs-Abkürzungen ein rein numerisches Leistungs-Nummern-System anzuwenden ist. In diesem Fall sind bei der Abrechnung die numerischen Leistungsnummern aus Spalte 3 der unter Nummer 5 aufgeführten Liste zu verwenden. Entsprechendes gilt für die Angabe der Füllungslagen gem. Nummer 5 zu Nr. 13.
2. Den Krankenkassen gegenüber wird nach dem bisherigen alphanumerischen System abgerechnet. Die Gesamtvertragspartner können sich darüber verständigen, dass die Rechnungslegung auch nach dem numerischen System erfolgen kann.
3. Für die Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte gilt Ziffer 1.5 der Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Abrechnungsformulare (Anlage 2 zum BMV-Z, Anlage 2 zum EKVZ).
4. Die Partner des Bundesmantelvertrages werden über die Einführung eines numerischen Leistungsnummernsystem beraten.

5. Leistungs-Nummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Teile 1 und 2)

Leistungsnummer	Leistungsabkürzung	Leistungsnummer (numerisch)	Leistungsnummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
Ä1	Ber	1	001	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	9
01	U	01	002	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschl. Beratung	18
01k		010	003	Kieferorthopädische Untersuchung	28
02	Ohn	02	006	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps	20
03	Zu	03	007	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen	15
04		04	004	Erhebung des PSI-Code	10
05		05	005	Gewinnung von Zellmaterial	20
Ä161	Inz1	9161	008	Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	15
Ä925a	Rö2	9251	050	Röntgendiagnostik der Zähne bis zwei Aufnahmen	12
Ä925b	Rö5	9252	051	bis fünf Aufnahmen	19
Ä925c	Rö8	9253	052	bis acht Aufnahmen	27
Ä925d	Stat	9254	053	Status bei mehr als acht Aufnahmen	34
Ä928		9281	061	Röntgenaufnahme der Hand	30

Leistungsnummer	Leistungsabkürzung	Leistungsnummer (numerisch)	Leistungsnummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
Ä934a		9341	054	Aufnahme des Schädels eine Aufnahme (auch Fernröntgen)	19
Ä934b		9342	055	zwei Aufnahmen	30
Ä934c		9343	056	mehr als zwei Aufnahmen	36
Ä935a		9351	057	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, Panoramaaufnahme der Zähne eines Kiefers bzw. der Zähne des Ober- und Unterkiefers derselben Seite eine Aufnahme	21
Ä935b		9352	058	zwei Aufnahmen	25
Ä935c		9353	059	mehr als zwei Aufnahmen	31
Ä935d		9354	060	Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahme oder Halbseitenaufnahme aller Zähne des Ober- und Unterkiefers	36
8	Vipr	8	100	Sensibilitätsprüfung der Zähne	6
10	üZ	10	101	Behandlung überempfindlicher Zähne für jede Sitzung	6
11	pV	11	102	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung	19
12	bMF	12	103	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	10

Leistungsnummer	Leistungsabkürzung	Leistungsnummer (numerisch)	Leistungsnummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
13a	F1	131	111	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren einfächig	32
13b	F2	132	112	zweifächig	39
13c	F3	133	113	dreifächig	49
13d	F4	134	114	mehr als dreifächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	58
13e		135	115	einfächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	52
13f		136	116	zweifächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	64
13g		137	117	dreifächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	84
14		14	119	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschl. Material- und Laborkosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde	50
16	St	16	118	Stiftverankerung einer Füllung (zusätzl. zu den Nrn. 13c,d), je Zahn einschl. Materialkosten	20
23	EKr	23	120	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes o. Steges je Trennstelle	17

Leistungsnummer	Leistungsabkürzung	Leistungsnummer (numerisch)	Leistungsnummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
25	Cp	25	130	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der freiliegenden Pulpa, ggf. einschl. des temporären Verschlusses der Kavität	6
26	P	26	131	Direkte Überkappung je Zahn	6
27	Pulp	27	132	Pulpotomie	29
28	VitE	28	133	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	18
29	Dev	29	134	Devitalisieren einer Pulpa einschl. des Verschlusses der Kavität, je Zahn	11
31	Trep1	31	135	Trepanation eines pulpatoten Zahnes	11
32	WK	32	136	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal	29
34	Med	34	137	Medikamentöse Einlage i. V. mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschl. eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	15
35	WF	35	138	Wurzelkanalfüllung einschl. eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal	17
36	Nbl1	36	171	Stillung einer übermäßigen Blutung	15
37	Nbl2	37	172	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung	29
38	N	38	173	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte o. Frontzahnbereich, als selbständige Leistung je Sitzung	10

Leistungsnummer	Leistungsabkürzung	Leistungsnummer (numerisch)	Leistungsnummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
40	I	40	140	Infiltrationsanästhesie	8
41a	L1	411	141	Leitungsanästhesie intraoral	12
41b	L2	412	142	extraoral	16
43	X1	43	143	Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschl. Wundversorgung	10
44	X2	44	144	Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschl. Wundversorgung	15
45	X3	45	145	Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschl. Wundversorgung	40
46	XN	46	146	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	21
47a	Ost1	471	147	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung	58
47b	Hem	472	148	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	72
48	Ost2	48	149	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung	78
49	Exz1	49	150	Excision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes	10

Leistungsnummer	Leistungsabkürzung	Leistungsnummer (numerisch)	Leistungsnummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
50	Exz2	50	151	Excision einer Schleimhautwucherung	37
51a	Pla1	511	152	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	80
51b	Pla0	512	153	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle i. V. mit Osteotomie	40
52	Trep2	52	154	Trepanation des Kieferknochens	24
53	Ost3	53	155	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer	72
54a	WR1	541	156	Wurzelspitzenresektion an einem Frontzahn	72
54b	WR2	542	157	an einem Seitenzahn, einschl. der ersten resezierten Wurzelspitze	96
54c	WR3	543	158	am selben Seitenzahn, je weitere Wurzelspitze	48
55	RI	55	159	Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschl. einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen	72
56a	Zy1	561	160	Operation einer Zyste durch Zystektomie	120
56b	Zy2	562	161	durch orale Zystostomie	72
56c	Zy3	563	162	durch Zystektomie i. V. mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
56d	Zy4	564	163	durch orale Zystostomie i. V. mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48

Leistungsnummer	Leistungsabkürzung	Leistungsnummer (numerisch)	Leistungsnummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
57	SMS	57	164	Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung	48
58	KnR	58	165	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung	48
59	Pla2	59	166	Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich o. in einer Kieferhälfte	120
60	Pla3	60	167	Tuberplastik, einseitig	80
61	Dia	61	168	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale	72
62	Alv	62	169	Alveolotomie	36
63	FI	63	170	Freilegen eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung	80
105	Mu	105	180	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung	8
106	sK	106	181	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder o. ä., Ätzungen flächenhafter, je Sitzung	10
107	Zst	107	182	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung	16

Leistungsnummer	Leistungsabkürzung	Leistungsnummer (numerisch)	Leistungsnummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
IP1		1010	191	Mundhygienestatus	20
IP2		1020	192	Mundgesundheitsaufklärung	17
IP4		1040	194	Lokale Fluoridierung der Zähne	12
IP5		1050	195	Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (Zähne 6 und 7) mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn	16
FU		1100	196	Früherkennungsuntersuchung	25
2		2	200	Heil- und Kostenplan	20
7a		71	210	Abformung Kieferorthopädie	19
7b		72	211	Abformung	19
K1		201	201	Eingliedern eines Aufbissbehelfes mit adjustierter Oberfläche	106
K2		202	202	Eingliedern eines Aufbissbehelfes zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche	45
K3		203	203	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf zur Unterbrechung der Okklusionskontakte mit adjustierter Oberfläche	61
K4		204	204	Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	11
K 6		206	206	Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs	30

Leistungsnummer	Leistungsabkürzung	Leistungsnummer (numerisch)	Leistungsnummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
K 7		207	207	Kontrollbehandlung, ggf. mit einfachen Korrekturen des Aufbissbehelfs oder der Schienung	6
K 8		208	208	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs oder der Schienung (subtraktive Methode)	12
K 9		209	209	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche (additive Methode)	35
Auslagenersatz/Labor- und Materialkosten					
Stiftmaterial		601	601		
Telefon, Porto, Versandkosten		602	602		
Zahnarzlabor		603	603		
Fremdlabor		604	604		