

**Einheitlicher Bewertungsmaßstab**  
**für**  
**zahnärztliche Leistungen**  
**gemäß § 87 Abs. 2 und 2d SGB V**  
**Allgemeine Bestimmungen**

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

**Teil 2: Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels**

**Teil 3: Kieferorthopädische Leistungen**

**Teil 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien**

**Teil 5: Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen**

## **Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen**

**gemäß § 87 Abs. 2 und 2 h<sup>1</sup> SGB V**

**in der ab 01.07.2016 gültigen Fassung**

### **Allgemeine Bestimmungen:**

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

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

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

Abschnitte B IV (Nrn. 55, 56, 61, 62), B V, B VI (Nrn. 70, 75), C (Nrn. 200, 204, 210 – nicht in derselben Sitzung mit operativen Eingriffen oder Wundversorgung, 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.

---

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

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

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

4. Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenzahnärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.
5. <sup>3</sup>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

---

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

<sup>3</sup> (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)

Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung weiter. Dies gilt entsprechend für Verlängerungs-behandlungen, die vor dem 01.01.2004 beantragt worden sind. Ab dem 01.07.2004 gilt für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung. Alle im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung anfallenden Begleitleistungen nach Bema-Teil 1 (insbesondere Leistungen der Individualprophylaxe, Zahnsteinentfernung, Beratungen und Röntgenleistungen) sind auch bei den Übergangsfällen nach den ab dem 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.

<b>Ä 1</b>	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	<b>9</b>
<b>Ber</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>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.</li><li>3. Eine Leistung nach Nr. Ä1 kann nicht anstelle einer Gebühr für eine andere zahnärztliche Leistung abgerechnet werden.</li><li>4. Über die Nrn. Ä 1, 01k und 01 hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung und/oder Beratung bestehen nicht.</li><li>5. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 zum Zwecke des Abschlusses einer zahnärztlichen Behandlung ist keine abrechnungsfähige Leistung.</li><li>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.</li></ol>	

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

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**      Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei      **15**  
**Zu**      Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen

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.
2. Bei Leistungen außerhalb der Sprechstunde (nicht an Sonn- und Feiertagen und bei Nacht) ist die Uhrzeit anzugeben.
3. Eine Leistung nach Nr. 03 kann nicht neben Leistungen nach Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden.



Nr.	Leistung	Bewertung
<b>04</b>	Erhebung des PSI-Code	<b>10</b>
	Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.	
<b>05</b>	Gewinnung von Zellmaterial aus der Mundhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung, einschließlich Materialkosten.	<b>20</b>
	1. Eine Leistung nach Nr. 05 kann nur zur Gewinnung von Zellmaterial von der Mundschleimhaut mittels Bürstenabstrich für die Exfoliativzytologie zum Zweck der Frühdiagnostik von Karzinomen abgerechnet werden.	
	2. Eine Leistung nach Nr. 05 kann nur bei Vorliegen einer Leukoplakie, Erythroplakie oder Lichen planus einmal innerhalb von zwölf Monaten abgerechnet werden.	
<b>Ä 161 Inz1</b>	Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	<b>15</b>

Mit der Abrechnung der Nrn. Ä 925 bis Ä 935 sind auch die Beurteilung und die obligatorische schriftliche Befunddokumentation abgegolten.

<b>Ä 925</b>	Röntgendiagnostik der Zähne	
<b>Rö2</b>	a) bis zwei Aufnahmen	<b>12</b>
<b>Rö5</b>	b) bis fünf Aufnahmen	<b>19</b>
<b>Rö8</b>	c) bis acht Aufnahmen	<b>27</b>
<b>Stat</b>	d) Status bei mehr als acht Aufnahmen	<b>34</b>
<b>Ä 928</b>	Röntgenaufnahme der Hand	<b>30</b>

**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.

<b>8</b> <b>Vipr</b>	Sensibilitätsprüfung der Zähne	<b>6</b>
-------------------------	--------------------------------	----------

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

<b>10</b> <b>üz</b>	Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung	<b>6</b>
------------------------	--	----------

Prophylaktische Maßnahmen können nicht nach Nr. 10 abgerechnet werden.

<b>11</b> <b>pV</b>	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung	<b>19</b>
------------------------	--	-----------

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.

<b>12 bmf</b>	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	<b>10</b>
-------------------	--	-----------

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.

<b>13</b>	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren	
-----------	---	--

<b>F1</b>	a) Einflächig	<b>32</b>
-----------	---------------	-----------

<b>F2</b>	b) Zweiflächig	<b>39</b>
-----------	----------------	-----------

<b>F3</b>	c) Dreiflächig	<b>49</b>
-----------	----------------	-----------

<b>F4</b>	d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	<b>58</b>
-----------	---	-----------

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 Füllungszuschlag<sup>4</sup> gezahlt wird.

<b>14</b>	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde	<b>50</b>
<b>16 St</b>	Stiftverankerung einer Füllung (zusätzlich zu den Nrn. 13 c, d), je Zahn, einschließlich Materialkosten	<b>20</b>

---

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

Nr.	Leistung	Bewertung
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
	<p>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.</p> <p>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.</p>	
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  Eine Leistung nach Nr. 27 ist bei Milchzähnen nur	29

Nr.	Leistung	Bewertung
	abrechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung eine der Nrn. 13 a bis g oder 14 erbracht wird.	
<b>28</b> <b>VitE</b>	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	<b>18</b>
	Eine Leistung nach Nr. 28 ist für denselben Zahn nur in Ausnahmefällen neben der Leistung nach Nr. 27 abrechnungsfähig.	
<b>29</b> <b>Dev</b>	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität, je Zahn	<b>11</b>
<b>31</b> <b>Trep1</b>	Trepanation eines pulpatoten Zahnes	<b>11</b>
	Die im Zusammenhang mit einer Devitalisierung vorgenommene Eröffnung eines Zahnes kann nicht als Trepanation nach Nr. 31 abgerechnet werden.	
<b>32</b> <b>WK</b>	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal	<b>29</b>
<b>34</b> <b>Med</b>	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	<b>15</b>
	Medikamentöse Einlagen sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.	
<b>35</b> <b>WF</b>	Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal	<b>17</b>
<b>36</b> <b>Nbl1</b>	Stillung einer übermäßigen Blutung	<b>15</b>
	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.

<b>37</b> <b>Nbl2</b>	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung	<b>29</b>
--------------------------	--	-----------

<b>38</b> <b>N</b>	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung	<b>10</b>
-----------------------	--	-----------

1. Nachbehandlungen sind abrechnungsfähig, wenn sie in besonderen Sitzungen, nicht jedoch in unmittelbarem zeitlichem 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.

<b>40</b> <b>I</b>	Infiltrationsanästhesie	<b>8</b>
-----------------------	-------------------------	----------

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.

<b>41</b>	Leitungsanästhesie	<b>8</b>
<b>L1</b>	a) intraoral	<b>12</b>
<b>L2</b>	b) extraoral	<b>16</b>

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.

<b>43</b> <b>X1</b>	Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	<b>10</b>
------------------------	--	-----------

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.

<b>44</b> <b>X2</b>	Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	<b>15</b>
------------------------	--	-----------

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.

<b>45</b> <b>X3</b>	Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung	<b>40</b>
------------------------	---	-----------

<b>46</b> <b>XN</b>	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht)als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung	<b>21</b>
------------------------	---	-----------

je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

<b>47 a</b> <b>Ost1</b>	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	<b>58</b>
----------------------------	--	-----------

Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 47a setzt die  
Aufklappung des Zahnfleisches voraus

Nr.	Leistung	Bewertung
<b>47 b Hem</b>	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	<b>72</b>
	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.	
<b>48 Ost2</b>	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	<b>78</b>
<b>49 Exz1</b>	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes	<b>10</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eine Leistung nach Nr. 49 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Gebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.</li> <li>2. Wird in der Präparationssitzung eine Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe, wie z. B. Papillektomie, durchgeführt, ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig.</li> <li>3. Für das Durchtrennen von Zahnfleischfasern (auch mittels elektrochirurgischer Maßnahmen) ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig.</li> </ol>	
<b>50 Exz2</b>	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)	<b>37</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eine Leistung nach Nr. 50 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Operationsgebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.</li> <li>2. Eine Leistung nach Nr. 50 ist auch mehrmals je Kiefer abrechnungsfähig, wenn es sich um getrennte Operationsgebiete handelt</li> </ol>	

Nr.	Leistung	Bewertung
<b>51a Pla1</b>	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	<b>80</b>
<b>51b Pla0</b>	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie	<b>40</b>
<b>52 Trep2</b>	Trepanation des Kieferknochens	<b>24</b>
<b>53 Ost3</b>	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer	<b>72</b>
<b>54</b>	Wurzelspitzenresektion	
<b>WR1</b>	a) an einem Frontzahn	<b>72</b>
<b>WR2</b>	b) an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze	<b>96</b>
<b>WR3</b>	c) am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar, je weitere Wurzelspitze	<b>48</b>
	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.	
<b>55 RI</b>	Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschließlich einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen	<b>72</b>

Nr.	Leistung	Bewertung
56	Operation einer Zyste	
Zy1	a) durch Zystektomie	120
Zy2	b) durch orale Zystostomie	72
Zy3	c) durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
Zy4	d) durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
	Das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten ist nicht nach Nr. 56 abrechnungsfähig.	
57 SMS	Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung	48
	<i>(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 – gilt nur für Ersatzkassen)</i>	
58 KnR	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung, je Sitzung	48
	1. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nur abgerechnet werden, wenn sie nicht im zeitlichen Zusammenhang mit dem Entfernen von Zähnen oder einer Osteotomie erbracht wird.	
	2. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nicht abgerechnet werden, wenn eine Osteotomie in derselben Sitzung in derselben Kieferhälfte oder dem Frontzahnbereich erbracht wird.	
59 Pla2	Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte	120

*(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 – gilt nur für Ersatzkassen)*

<b>60</b> <b>Pla3</b>	Tuberplastik, einseitig	<b>80</b>
--------------------------	-------------------------	-----------

<b>61</b> <b>Dia</b>	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale	<b>72</b>
-------------------------	---	-----------

Eine Leistung nach Nr. 61 kann nur abgerechnet werden, wenn das Septum durchtrennt wird.

<b>62</b> <b>Alv</b>	Alveolotomie	<b>36</b>
-------------------------	--------------	-----------

1. Die Resektion der Alveolarfortsätze in einem Gebiet von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer ist nach dieser Nummer abrechnungsfähig.

2. Die Resektion der Alveolarfortsätze über das Gebiet von mehr als acht Zähnen in einem Kiefer ist zweimal nach Nr. 62 abrechnungsfähig.

3. Die Resektion der Alveolarfortsätze in einem Gebiet bis zu drei Zähnen in einem Kiefer ist nur dann abrechnungsfähig, wenn sie in besonderer Sitzung erbracht wurde.

4. Das Gebiet muss nicht zusammenhängend sein.

<b>63</b> <b>Fl</b>	Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung	<b>80</b>
------------------------	---	-----------

<b>105</b> <b>Mu</b>	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von	<b>8</b>
-------------------------	---	----------

Prothesendruckstellen, je Sitzung

Die Behandlung von Prothesendruckstellen kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.

<b>106</b> <b>sK</b>	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung	<b>10</b>
-------------------------	--	-----------

1. Zum Artikulationsausgleich ist auch für das Beschleifen von Prothesenzähnen im Gegenkiefer die Nr. 106 einmal je Kiefer ansatzfähig. Neben einer Leistung nach der Nr. 106 kann eine Leistung nach der Nr. 89 für denselben Kiefer nicht abgerechnet werden.
2. Das Beseitigen störender Prothesenränder kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.

<b>107</b> <b>Zst</b>	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung	<b>16</b>
--------------------------	---	-----------

Das Entfernen harter Zahnbeläge ist einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig.

Die nachfolgenden Bema-Leistungen (Nr. 151 bis Nr. 165) wurden durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 15.02.2013 neu hinzugefügt und durch den Beschluss vom 13.11.2013 geändert.

**Besuche**

<b>151</b> <b>Bs1</b>	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	<b>36</b>
--------------------------	--	-----------

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.

<b>152 Bs2</b>	Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung.	<b>34</b>
--------------------	---	-----------

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.

<b>153 Bs3</b>	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären 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.	<b>28</b>
--------------------	---	-----------

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.

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

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.

<b>155</b> <b>Bs5</b>	Besuch je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 154 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	<b>26</b>
--------------------------	---	-----------

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.

<b>161</b>	Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 151 und 154	
------------	---	--

<b>ZBs1a</b>	a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	<b>18</b>
--------------	--	-----------

Nr.	Leistung	Bewertung
<b>ZBs1b</b>	b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	<b>29</b>
<b>ZBs1c</b>	c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	<b>50</b>
<b>ZBs1d</b>	d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	<b>38</b>
<b>ZBs1e</b>	e) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	<b>67</b>
<b>ZBs1f</b>	f) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	<b>88</b>
	Die Zuschläge nach den Nrn. 161 a bis 161 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.	
<b>162</b>	162 Zuschläge für Besuche nach Nrn. 152 und 155	
<b>ZBs2a</b>	a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	<b>9</b>
<b>ZBs2b</b>	b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	<b>15</b>
<b>ZBs2c</b>	c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	<b>25</b>
<b>ZBs2d</b>	d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	<b>19</b>
<b>ZBs2e</b>	e) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	<b>34</b>
<b>ZBs2f</b>	f) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	<b>44</b>

Die Zuschläge nach den Nrn. 162 a bis 162 f sind nicht

nebeneinander abrechnungsfähig.

<b>165 ZKi</b>	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152, 153, 154 und 155 bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr	<b>14</b>
--------------------	--	-----------

Die nachfolgende Bema-Leistung Nr. 171 wurde durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 15.02.2013 neu hinzugefügt.

**171** Zuschlag nach § 87 Abs. 2i SGB V

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

<b>PBA1b</b>	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	<b>30</b>
--------------	---	-----------

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.

Die nachfolgenden Bema-Leistungen (Nr. 172 bis Nr. 182) wurden durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 15.02.2013 neu hinzugefügt.

<b>172</b>	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	
<b>SP1a</b>	a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung	<b>36</b>
<b>SP1b</b>	b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a	<b>31</b>
<b>SP1c</b>	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	<b>16</b>
<b>SP1d</b>	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	<b>20</b>

Handhabung des Zahnersatzes.

- 1) Die Leistungen nach den 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 hierfür zuständige Kassenärztliche 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**  
Ksl

Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

**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**  
**KsIK**

Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten 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.

**IP1** 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.

**IP2** Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen  
Aufklärung des Versicherten und ggf. dessen Erziehungsberechtigten über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation **17**

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.

**IP4**

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.

**IP5** 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), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)

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

2	Schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes	20
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.

**K1**      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,
  - Minioplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief,
  - Interzeptoren,
  - Spezielle Aufbissschienen, die alle Okklusionsflächen bedecken (z. B. Michigan-Schienen).

Nr.	Leistung	Bewertung
	<p>2) Eine Leistung nach der Nr. K 1 ist auch für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen abrechnungsfähig</p> <p>3) Das Eingliedern eines Daueraufbissbehelfs ist mit der Nr. K 1 abgegolten.</p> <p>4)</p>	
<b>K2</b>	Eingliedern eines Aufbissbehelfs zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche	<b>45</b>
	Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann bei akuten Schmerzzuständen angezeigt sein.	
<b>K3</b>	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf zur Unterbrechung der Okklusionskontakte mit adjustierter Oberfläche	<b>61</b>
	Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen angezeigt sein.	
<b>K4</b>	Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	<b>11</b>
	Die semipermanente Schienung kann zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen angezeigt sein.	
<b>K6</b>	Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs	<b>30</b>
<b>K7</b>	Kontrollbehandlung, ggf. mit einfachen Korrekturen des Aufbissbehelfs oder der Fixierung	<b>6</b>

K8	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs oder der Schienung (subtraktive Methode)	12
----	---	----

K9	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

Nr.	Leistung	Bewertung
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.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> 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.

<b>5</b>	Kieferorthopädische Behandlungsplanung	<b>95</b>
----------	--	-----------

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 & Ergänzungen zum Behandlungsplan
- oder zur Retentionsplanung.

<b>116</b>	Fotografie	<b>15</b>
------------	------------	-----------

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.

<b>117</b>	Modellanalyse	<b>35</b>
------------	---------------	-----------

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.

<b>118</b>	Kephalometrische Auswertung	<b>29</b>
------------	-----------------------------	-----------

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.

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

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

I. Zahl der bewegten Zähne bzw. Zahngruppen	1-2 1	1-2 Zahngruppen 2	Alle Zahngruppen 3
II. Größe der Bewegung	1-2 mm 1	3-5 mm 3	mehr als 5 mm 5
II. Art und Richtung der Bewegung	kippend * günstig 1	ungünstig 3	körperlich 5
V. Verankerung	einfach 1	mittelschwer 2	schwierig 5
V. Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig 1	gut 3	ungünstig 5

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

5 bis 7 Punkte = a)

11 bis 15 Punkte = c)

8 bis 10 Punkte = b)

16 und mehr Punkte = d)

\*)Als günstige "kippende" Bewegung gelten:

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

als ungünstige "kippende" Bewegung gelten:

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

120

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

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

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

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

b) 17 Punkte

c) 23 Punkte

d) 28 Punkte

bei Nr. 120 a) 17 Punkte

b) 19 Punkte

c) 23 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)*

<b>122</b>	Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung	
	a) Kontrolle des Behandlungsverlaufs einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel, für jede Sitzung	<b>21</b>
	b) Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	<b>43</b>
	c) Einfügen von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	<b>27</b>
	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.	
<b>123a</b>	Kieferorthopädische Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten zum Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlustes, je Kiefer	<b>40</b>
<b>123b</b>	Kontrolle eines Lückenhalters, je Behandlungsquartal	<b>14</b>
	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.

<b>124</b>	Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss, je Sitzung	<b>16</b>
------------	---	-----------

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.

<b>125</b>	Maßnahmen zur Wiederherstellung von Behandlungsmitteln einschließlich Wiedereinfügen, je Kiefer	<b>30</b>
------------	---	-----------

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 Basisteile je Behandlungsgerät. Die Änderung von Behandlungsmitteln ist mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und 120 abgegolten. Die Aktivierung von Behandlungsmitteln, z. B. Nachstellen von Schrauben und Federelementen, kann nicht nach Nr. 125 abgerechnet werden.

<b>126a</b>	Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	<b>18</b>
-------------	--	-----------

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.

<b>126b</b>	Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	<b>42</b>
-------------	---	-----------

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.

<b>126c</b>	Wiedereingliederung eines Bandes	<b>30</b>
-------------	----------------------------------	-----------

<b>126d</b>	Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments	<b>6</b>
-------------	--	----------

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.

<b>127a</b>	Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	<b>25</b>
-------------	---	-----------

Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.

Nr.	Leistung	Bewertung
<b>127b</b>	Ausgliederung eines Teilbogens	<b>7</b>
<b>128a</b>	Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten  Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	<b>32</b>
<b>128b</b>	Eingliederung eines individualisierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten  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.	<b>40</b>
<b>128c</b>	Ausgliederung von Vollbögen, je Bogen  Nach Nr. 128 c ist auch die Ausgliederung von Apparaturen nach Nr. 130 zweimal abrechnungsfähig.	<b>9</b>
<b>129</b>	Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens	<b>24</b>
<b>130</b>	Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten  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.	<b>72</b>

<b>131a</b>	Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur	<b>50</b>
-------------	---	-----------

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

<b>131b</b>	Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbtscharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann.	<b>50</b>
-------------	--	-----------

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

<b>131c</b>	Eingliederung einer Gesichtsmaske	<b>50</b>
-------------	-----------------------------------	-----------

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.

<b>4</b>	Befundaufnahme und Erstellen eines Heil– und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	<b>39</b>
----------	---	-----------

<b>P200</b>	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra– und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	<b>14</b>
-------------	--	-----------

<b>P201</b>	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra– und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	<b>26</b>
-------------	---	-----------

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.

<b>P202</b>	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	<b>22</b>
-------------	---	-----------

<b>P203</b>	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	<b>34</b>
-------------	--	-----------

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 Schleimhautverbände) 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.

<b>108</b>	Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	<b>6</b>
------------	---	----------

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

<b>111</b>	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung	<b>10</b>
------------	---	-----------

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.

- |           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>18</b> | Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal,  |           |
|           | a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig   | <b>50</b> |
|           | b) durch einen gegossenen Stiftaufbau, zweizeitig  | <b>80</b> |
|           | 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 Gebührenvorausberechnung nicht angegeben war.       |           |
| <b>19</b> | Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied                        | <b>19</b> |
|           | 1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der   |           |

Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden.

2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht abrechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste.
3. Für die provisorische Versorgung nach den Nrn. 19 und 21 ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.
4. Provisorische Versorgungen in den vom 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                | <b>148</b> |
|  | b) eine vestibulär verblendete Verblendkrone | <b>158</b> |
|  | c) eine metallische Teilkrone                | <b>187</b> |

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 Überkuppelung 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: 1/2 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.

<b>24</b>	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen	<b>25</b>
	a) Wiedereinsetzen einer Krone oder dergleichen	<b>25</b>
	b) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	<b>43</b>
	c) Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach der Nr. 19 oder 21	<b>7</b>
	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.	
<b>89</b>	Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken	<b>16</b>

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.

<b>90</b>	Versorgung eines Zahnes durch eine Wurzelstiftkappe mit Verankerung im Wurzelkanal mit Kugelknopfanker	<b>154</b>
-----------	--	------------

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.

<b>91</b>	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, – je Pfeilerzahn –	
-----------	---	--

a)	Metallische Vollkrone	<b>118</b>
----	-----------------------	------------

b)	Vestibulär verblendete Verblendkrone	<b>128</b>
----	--------------------------------------	------------

c)	Metallische Teilkrone	<b>136</b>
----	-----------------------	------------

d)	Teleskop-/Konuskrone	<b>190</b>
----	----------------------	------------

e)	Verwendung eines Geschiebes bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern zusätzlich zu den Nrn. 91 a bis c	<b>43</b>
----	--	-----------

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 Konuskrone ist bei Neuanfertigung oder Wiederherstellung einer Prothese oder abnehmbaren

Brücke die halbe Gebühr für die Nr. 91 d abzurechnen.

<b>92</b>	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke je Spanne	<b>62</b>
-----------	---	-----------

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

<b>93a</b>	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.	<b>240</b>
------------	--	------------

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.

<b>93b</b>	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.	<b>335</b>
------------	--	------------

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.

<b>94a</b>	Teilleistungen nach den Nrn. 90 bis 92 bei nicht vollendeten Leistungen	
------------	---	--

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

	Dreiviertel der Bew.-zahl nach den Nrn. 90 und 91
--	---

Präparation eines Ankerzahnes (Brückenpfeilers) mit darüber hinausgehenden Maßnahmen:

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  | <b>34</b> |
|  | b) Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern                                   | <b>50</b> |
|  | c) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen | <b>36</b> |
|  | d) Abnahme und Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke                              | <b>18</b> |

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    | <b>57</b>  |
|  | b) zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen    | <b>83</b>  |
|  | c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen | <b>115</b> |

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.

<b>97a</b>	Totale Prothese/Cover–Denture–Prothese im Oberkiefer	<b>250</b>
------------	--	------------

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.

<b>97b</b>	Totale Prothese/Cover–Denture–Prothese im Unterkiefer	<b>290</b>
------------	---	------------

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.

<b>98a</b>	Abformung mit individuellem oder individualisiertem Löffel, je Kiefer	<b>29</b>
------------	---	-----------

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.

<b>98f</b>	Verwendung doppelarmiger Halte- oder einfacher Stützvorrichtungen oder mehrarmiger gebogener Halte- und Stützvorrichtungen zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96	<b>22</b>
------------	--	-----------

zusätzlich je Prothese, nur abrechnungsfähig bei Interimsversorgung

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.

<b>98g</b>	Verwendung einer Metallbasis in Verbindung mit Halte- und Stützvorrichtungen – nicht bei Interimsprothesen –	<b>44</b>
------------	--	-----------

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.

<b>98h</b>	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	<b>29</b>
--	--	-----------

	h/2 bei Verwendung von mindestens 2 Halte- und Stützvorrichtungen	<b>50</b>
--	---	-----------

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<br>prothetischen Versorgung eines<br>Kiefers | <b>19</b>  |
| b) Maßnahmen einschließlich der<br>Ermittlung der Bissverhältnisse       | Halbe Bew.-Zahl nach Nr 96<br>oder 97                |
| c) Weitergehende Maßnahmen   | Dreiviertel der Bew.-zahl<br>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.

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

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.