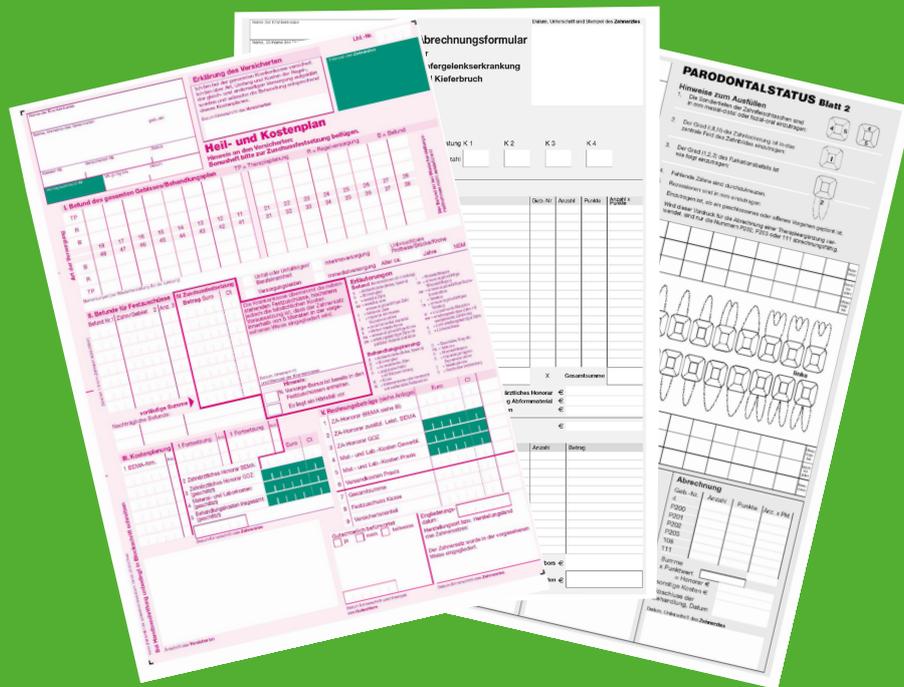




Kassenzahnärztliche
Vereinigung Hessen

Abrechnungsmappe



der KZV Hessen

Übersicht der Aktualisierungen in der Abrechnungsmappe

Reg.- Fach	Inhalt / Vertragswerk	Änderung/en	Fundstelle im Rundschreiben	Aktualisierungs- datum
3	BEMA-KCH+Röntgen	Textänderungen		10.03.2025
3	BEMA-KCH IP+FU	Textänderungen		10.03.2025
4	BEMA-KBR	Textänderungen		10.03.2025
5	BEMA-KFO	Textänderungen ▼		10.03.2025
6	BEMA-PAR	Textänderungen ▼		10.03.2025
7	BEMA-ZE	Textänderungen ▼		10.03.2025
2	Pauschalen	Änderung der Versandkosten	---	13.01.2025
2	Abrechnung Porto, Versand- u. Telefonkosten	Textänderungen	---	13.01.2025
2	BEL II Preisverzeichnis	Neue Beträge ab 1.1.2025	---	07.01.2025
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2025 (ZE, BW, BuPol, DGUV)	RSNr. 12/24, Punkt 7	19.12.2024
2	Füllungshonorare	Änderung der Beträge durch neuen Punktwert AOK	---	19.12.2024
9	Festzuschüsse	Neue Beträge ab 1.1.2025	RSNr. 12/24, Punkt 8	19.12.2024
10	Festzuschüsse BuPol	Neue Beträge ab 1.1.2025	---	19.12.2024
11	DGUV / BG ZE - Unfall	Gebührenverzeichnis aktualisiert	---	19.12.2024
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2024 (AOK)	---	27.06.2024
2	Füllungshonorare	Änderung der Beträge durch neuen Punktwert AOK	---	27.06.2024
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2024 (BKK)	---	16.04.2024
2	Füllungshonorare	Änderung der Beträge durch neuen Punktwert BKK	---	16.04.2024
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2024 (Knappschaft)	---	22.03.2024
2	Füllungshonorare	Änderung der Beträge durch neuen Punktwert Knappschaft	---	22.03.2024
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2024 (SVLFG)	---	14.02.2024
2	Füllungshonorare	Änderung der Beträge durch neuen Punktwert SVLFG	---	14.02.2024
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2024 (Bundeswehr + Bundespolizei)	---	23.01.2024

Übersicht der Aktualisierungen in der Abrechnungsmappe

Reg.- Fach	Inhalt / Vertragswerk	Änderung/en	Fundstelle im Rundschreiben	Aktualisierungs- datum
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2024	---	29.12.2023
2	BEL II Preisverzeichnis	Neue Beträge ab 1.1.2024	---	29.12.2023
9	Festzuschüsse	Neue Beträge ab 1.1.2024	---	29.12.2023
10	Festzuschüsse BuPol	Neue Beträge ab 1.1.2024	---	29.12.2023
11	DGUV / BG ZE - Unfall	Gebührenverzeichnis aktualisiert	---	29.12.2023
1	Übersicht auf Internetseiten	Übersicht aktualisiert	---	22.12.2023
1	Ansprechpartnerinnen der KZVH	Ansprechpartnerinnen aktualisiert	---	22.12.2023
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2023 (Ersatzkassen + Hessische Polizei)	---	22.12.2023
2	Füllungshonorare	Betragsänderungen durch neuen Punktwert	---	22.12.2023
2	Punktwertübersicht	Freie Arzt- und Medizinkasse herausgenommen	---	04.12.2023
2	Punktwertübersicht	Punktwertänderungen (SVLFG)	---	28.03.2023
2	Füllungshonorare	Betragsänderungen durch neuen Punktwert	---	28.03.2023
2	Punktwertübersicht	Punktwertänderungen (Knappschaft)	---	21.03.2023
2	Füllungshonorare	Betragsänderungen durch neuen Punktwert	---	21.03.2023
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.2.2023 (Berufsgenossenschaft/Gemeindeunfallverbände)	---	30.01.2023
2	BEL II Preisverzeichnis	Preise ab 1.1.2023	---	09.01.2023
9	Festzuschüsse	Beträge ab 1.1.2023	---	05.01.2023
10	Festzuschüsse Bundespolizei	Beträge ab 1.1.2023	---	05.01.2023
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2023 (Bundeswehr + Bundespolizei)	---	27.12.2022
2	Punktwertübersicht	Neue Punktwerte ab 1.1.2023 (ZE)	RSNr. 11/22, Punkt 2	19.12.2022
2	Portokosten	Textänderungen	---	14.09.2022
2	Füllungshonorare	Betragsänderungen durch neue Punktwerte	---	05.09.2022
2	Punktwertübersicht	Punktwertänderung	---	05.09.2022
2	Punktwertübersicht	Punktwertänderungen	---	02.09.2022

Inhaltsverzeichnis

Registerablauf 1:

Übersicht auf Internetseiten der KZVH, Ansprechpartner bei der KZVH	1
Punktwertübersicht, BEL II Preisverzeichnis, Pauschalen, Porto-, Versand- und Telefonkosten, Füllungshonorare, Kategorienummern, Teilleistungen ZE	2
BEMA KCH	3
BEMA KBR	4
BEMA KFO	5

Registerablauf 2:

BEMA PAR	6
BEMA ZE	7
BEL II 2014	8
Festzuschüsse ZE	9
Festzuschüsse Bundespolizei	10

Registerablauf 3:

DGUV / BG ZE - Unfall	11
GOÄ (GKV) – Auszug	12
GOZ	13
Verordnungen Krankentransport, Arzneimittel, Logopädie, Physiotherapie	14
Auslandsabkommen	15

Registerablauf 4:

Heilmittelkatalog	16
-------------------	----

In 5 Schritten zur digitalen Abrechnungsmappe im Internet (www.kzv.de)

1 – Internetseite der KZVH aufrufen

Kassenärztliche
Vereinigung Hessen

Startseite Die KZVH **Mitglieder** Beruf Patienten Presse

Wätere Informationen für Mitglieder der KZVH sind verfü über nach Anmeldung.

Bundesweite Kampagne: ZÄHNE ZEIGEN!
Unterstützen Sie jetzt Ihre Zahnärztinnen und Zahnärzte!
Die Kampagne ZÄHNE ZEIGEN! informiert über die Folgen der Sparpolitik des Bundesgesundheitsministers für die Patientenversorgung und verleiht dem Protest der Zahnärzteschaft gegen diese versorgungsförderliche Politik Ausdruck. **Informationen für Praxen haben wir im Mitgliederbereich zusammengestellt.**
Patientinnen und Patienten können ihre Zahnarztpraxen aktiv unterstützen ...

Zahnärztlicher Notdienst
BHV-Download
Aktuelle Daten hier.
Praxissuche
nach Ort, PLZ oder Name

2 – In den Mitgliederbereich einloggen

Kassenärztliche
Vereinigung Hessen

Startseite Die KZVH **Mitglieder** Beruf Patienten Presse

Login

Anmeldung Mitgliederbereich

Vor erstmaliger Anmeldung mit dem neuen eZAA-KarteH müssen Sie die Karte beim Kartengeldproduzenten (meißigen, Bundesdruckerei, SHC und Treuhand) und beide Transport-PINs (PIN/CH und PIN/ZE) ändern. Danach installieren Sie bitte die neue Version des SecAuthenticator (download hier). Im Kennprozess an unserem Portal wird die geänderte PIN/CH erwartet.

Um die Inhalte des Mitgliederbereichs einsehen zu können, benötigen Sie eine ZOD-Karte, einen eZAA, eine Praxisteamkarte oder eine KZVH ID.

Bei Rückfragen halten Sie bitte Ihre **Abrechnungsnummer** bereit.

Internet Hotline

Ulla Gutmann
Informationstechnologie
Tel.: 069 6607-110
Mail: InternetHotline@kzv.de

Zugang mit ZOD-Karte oder eZAA
Zugang mit Praxisteamkarte

Zugang mit KZVH ID
KZVH ID: Absenden

Zugang mit Passwort (Nur für berechtigte Organisationen)
Name:
Passwort: Anmelden

3 – Die Rubrik Service auswählen

Kassenärztliche
Vereinigung Hessen

Startseite Die KZVH **Mitglieder** Beruf Patienten Presse

Mitglieder Guten Tag! Sie sind angemeldet als: Logout

ZÄHNE ZEIGEN! DHZ 11-12 2023 online verfügbar

KZVH-MA
Coronavirus
PAR-Richtlinie
Aktuelles
Telematikinfrastruktur (TI)
Abrechnungshinweise
Abrechnungsfragen/FAQs
Persönliche Daten
Gremien
Gutachter
Qualitätsförderung
Pflichtfortbildung
Download-Center
Rundschreiben
Service
Tag der KZVH

Telematikinfrastruktur: Sie haben Fragen?
Ulla Gutmann
Informationstechnologie
Tel.: 069 6607-110
Mail: InternetHotline@kzv.de
Dr. Jens Hehnel
Abt. Qualität
Tel.: 069 6607-399
Dachthle Fragen
Isabel Clemens-Hoffmann
Juristisches Referat
Tel.: 069 6607-370
AnspruchspartnerInnen Presse
Regina Lindhoff
Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die aktuelle Ausgabe des Mitgliederzeitschrifts DHZ ist online verfügbar. Hinterlegt sind die digitalen DHZ-Ausgaben stets im Mitgliederbereich unter der Rubrik "Service" in "DHZ".

Telefonische Krankschreibung auch in Zahnarztpraxen wieder möglich
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist dem gesetzlichen Auftrag einer zuverlässigen Regelung zur telefonischen Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit nachgekommen. **Seit 7. Dezember 2023** können Patientinnen und Patienten für eine Krankschreibung nicht mehr zwingend eine Arztpraxis aufsuchen. Sofern keine Videosprechstunde möglich ist, kann nun auch nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeit (AU) bescheinigt werden.

4 – Dann auf die Rubrik Mappen klicken

Mitglieder Guten Tag! Sie sind angemeldet als: Logout

ZÄHNE ZEIGEN!
KZVH-MA
Coronavirus
PAR-Richtlinie
Aktuelles
Telematikinfrastruktur (TI)
Abrechnungshinweise
Abrechnungsfragen/FAQs
Persönliche Daten
Gremien
Gutachter
Qualitätsförderung
Pflichtfortbildung
Download-Center
Rundschreiben
Service
Tag der KZVH
Narkose

Download-Center

Es sind verfügbar:

- Als Krankspatient zum Zahnarzt
- BHV-Download
- Checkliste zur systematischen Behandlung von Parodontopathien
- Checkliste Wurzelbehandlung
- Checkliste zur Beugung PAB
- Checkliste zur Beugung ZB
- Fasttrack-Hotline/Faxanfrage
- Heilmitelverzeichnis Zahnärzte (Formular 2021)
- Kostenanforderung nach § 11b SGB V (Online / druckbar)
- Leopolda - Heilmittelverzeichnis - Musterformular mit Checkliste
- Leopolda - Knochelbogen mit Beiblatz zu Indikationen
- Mundgesundheitsplan nach § 2a SGB V
- Verordnung Basisarztversicherte Abwechslende Vereinbarung
- Verordnung Basisarztversicherte Abwechslende Vereinbarung
- hier: Aufklammerbestimmung

Mappen
Alphabetisch A-Z
Mappen

Sie unter der Rubrik SERVICE:
Nachrichten-Archiv
DHZ-Archiv
Materialkostenrechner

5 – Sie sind am Ziel

Kassenärztliche
Vereinigung Hessen

Startseite Die KZVH **Mitglieder** Beruf Patienten Presse

Mitglieder Guten Tag! Sie sind angemeldet als: Logout

ZÄHNE ZEIGEN!
KZVH-MA
Coronavirus
PAR-Richtlinie
Aktuelles
Telematikinfrastruktur (TI)
Abrechnungshinweise
Abrechnungsfragen/FAQs
Persönliche Daten
Gremien
Gutachter
Qualitätsförderung
Pflichtfortbildung
Download-Center
Rundschreiben

Abrechnungsmappe
Hier können Sie die gesamte Abrechnungsmappe in einer PDF Datei öffnen.
Registerablauf 1
Registerablauf 2
Registerablauf 3
Registerablauf 4
Sonstiges
Sonstige Dokumente
Vertragsmappe
Hier können Sie die gesamte Vertragsmappe in einer PDF Datei öffnen.
Teil B: KZV Hessen
Teil C: Gemeinsame Bestimmungen
Teil D: Verträge/Gebühren
Teil E: Hessische Gesamtverträge

AnspruchspartnerIn
Monika Kuhn
Kaufmännisches Sekretariat
Tel.: 069 6607-391
Fax: 069 6607-433

Fragen? Wir haben Antworten!

Ansprechpartnerinnen der KZVH



 ZÄ Cornelia Lauer

? Abrechnung
☎ 069 6607-307



 Sandra Windecker

? Leistungsbereich ZE
☎ 069 6607-315



 Martina Warzecha

? Leistungsbereich PAR/KB/KG
☎ 069 6607-331



 Claudia Huttenhuis

? Leistungsbereich KCH
☎ 069 6607-353



 Anita Kotarac

? Leistungsbereich KFO
☎ 069 6607-237

<•s , •• v

WµvIšÁ Œš° Œ•] Zš

'°oš]P íX : vµ Œ îîñU ^š v W í

oo v Z()oP v P v vvš v WµvIšÁ Œš P oš v v µv ší Œ í X î î ñ • µ Œ ° • š o Ź Z v
v Zš Œ Po] Z Œ P • š io] Z Œ U À Œ š Œ Po] Z t] Œ µ v Œ Á v] • š Ÿ P Œ • í ° Œ Œ µ
vš • % Œ Z v v s Œ , ((v š o] Z µ v P v Œ <•s , •• v X

	< , U W Z	U / W U & h	< & K
W Œ] u Œ I •• v			
K <	í U í ó í î	í U í ó ô ì	í U ì ð ô ì
<<	í U í ó ì ì	í U í ó ó ò	í U ì ð ô ñ
/ <<	í U î ì ð î	í U í ó ô î	í U ì ð ô ì ò
^s > & '	í U í ó î í	í U î ð ô ñ	í U ì ñ í î
<v %o %o • Z (š		í U í ó í î	í U î ð ì ò í U ì ñ í

Œ • š ì l •• v			
Z D Z			
<r' • µ v Z] š			
d Z v] l Œ < Œ v l v l ••	í U î ì ð ð	í U î í í ô	í U ì ñ l v í ì ð
<< ,			
, <r, v • š] • Z < Œ v l v l ••	••		
Z l l			

^} v • š] P <} • š v š Œ P Œ			
µ v • Á Z Œ	í U ð î ñ ñ	í U ñ î ñ î	í U î î ð í
µ v • %o } o] í]	í U ð î ñ ñ	í U ñ î ñ î	í U î î ð í
, ••] • Z W } o] í]		í U î ì ð ð	í U î í í ô í U ì ñ l v í ì ð
^} í] o u š	í U í ó î î	í U î ó ô ì	í U ì ð ô ì ò
Œ µ (• P v } •• v • Z (š l ' u] v µ v (oo À Œ v	í U ñ î ì	í U ñ î ì	' ° Z Œ v r Œ v } Œ v } Œ v } ' h s í •
s Œ • } Œ P µ v P • u š	W µ v I š Á Œ š	Œ ì µ • š v] P	v í U Œ Œ ì ð

- í • ^} Á] š >] • š µ v P v v] Z š] u D À Œ ì]] Z w š Á]] µ l w & w o v } š Á v] P v >] •
v Z ' K • Œ Z v š Á Œ v X s } Œ µ v š š % Œ P Z] v Œ (% Œ]] š P] P v ° Œ u h v (
- í • ^} Z Œ Z v µ v P • u %o %o U Z P] • š Œ o µ (î U & Z í

Zur Beachtung:

Wegen außerhessischer Punktwerte kann es je nach Wohnort des Patienten zu abweichenden Punktwerten kommen.

Abweichende aktuelle Punktwerte werden von der KZV Hessen ggf. automatisch zur Abrechnung herangezogen.

Bei Fragen zu außerhessischen Punktwerten wenden Sie sich bitte an Ihr Abrechnungsteam bei der KZV Hessen.

Ihre KZV Hessen

BEL II 2014
Preisverzeichnis

BEL II KZV Hessen Preisverzeichnis

Höchstpreise gültig vom 1.1.2025 bis 31.12.2025

Maßgebend für das Gewerbliche Labor ist das Datum der Rechnungslegung, für das Zahnarztlabor der jeweils am Tag der Eingliederung gültige Preis

Lfd. Nr. BEL II	Leistungsbezeichnung	Gewerbl. Labor Euro	Zahnarzt- Labor Euro
001 0	Modell	8,06	7,65
001 5	Modell UKPS	8,06	7,65
001 8	Modell bei Implantatversorgung	8,06	7,65
002 1	Doublieren eines Modells	17,13	16,25
002 2	Platzhalter einfügen	17,07	16,20
002 3	Verwendung von Kunststoff	15,78	15,00
002 4	Galvanisieren	17,07	16,20
002 5	Doublieren eines Modells UKPS	17,13	16,25
003 0	Set-up je Segment	6,93	6,60
005 1	Sägmodell	18,98	18,05
005 2	Einzelstumpfmodell	18,98	18,05
005 3	Modell nach Überabdruck	18,98	18,05
005 4	Set-up Modell für KFO	12,29	11,65
005 5	Fräsmodell	12,93	12,30
006 0	Zahnkranz	6,55	6,20
007 0	Zahnkranz sockeln	6,92	6,55
011 1	Modellpaar trimmen	7,87	7,45
011 2	Fixator	10,50	9,95
011 5	Fixator UKPS	10,50	9,95
012 0	Mittelwertartikulator	11,85	11,25
012 5	Mittelwertartikulator UKPS	11,85	11,25
012 8	Mittelwertartikulator bei Implantatversorgung	11,85	11,25
013 0	Modellpaar sockeln	20,38	19,35
020 1	Basis für Vorbissnahme	10,95	10,40
020 2	Basis für Konstruktionsbiss	9,84	9,35
020 5	Vorbereiten Bissgabel UKPS	9,84	9,35
021 1	Individueller Löffel	27,56	26,20
021 2	Funktionslöffel	27,56	26,20
021 3	Basis für Bissregistrierung	27,56	26,20
021 4	Basis für Stützstiftregistrierung	27,56	26,20
021 5	Basis für Aufstellung	27,56	26,20
021 6	Basis für Bissregistrierung bei Implantatversorgung	27,56	26,20
021 7	Individueller Löffel UKPS	27,56	26,20
021 8	Basis für Aufstellung bei Implantatversorgung	27,56	26,20
022 0	Bisswall	7,95	7,55
022 8	Bisswall bei Implantatversorgung	7,95	7,55
023 0	Registrierplatte und -stift auf Basen	35,44	33,65
024 0	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	30,35	28,85
031 0	Provisorische Krone/Brückenglied	40,58	38,55
032 0	Formteil	21,99	20,90
101 3	Wurzelstiftkappe	94,55	89,80
102 1	Vollkrone/Metall	101,63	96,55
102 2	Teilkrone/Metall	101,63	96,55
102 3	Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel	99,51	94,50
102 4	Krone für vestibuläre Verblendung	100,79	95,75
102 6	Vollkrone/Metall bei Implantatversorgung	101,63	96,55
102 8	Krone f. vestib. Verblendung bei Implantatversorgung	100,80	95,75

Höchstpreise gültig vom 1.1.2025 bis 31.12.2025			
Lfd. Nr. BEL II	Leistungsbezeichnung	Gewerbl.	Zahnarzt-
		Labor Euro	Labor Euro
103 1	Vorbereiten Krone	16,98	16,15
103 2	Krone/Brückenglied einarbeiten	16,98	16,15
103 3	Stiftaufbau einarbeiten	16,98	16,15
104 0	Modellation gießen	22,11	21,00
105 0	Stiftaufbau	66,86	63,50
110 0	Brückenglied	72,74	69,10
120 0	Teleskopierende Krone	316,67	300,75
120 1	Teleskopierende Primär- od. Sekundärkrone	211,31	200,70
133 1	Individuelles Geschiebe	264,58	251,30
134 1	Konfektions-Geschiebe	131,10	124,50
134 3	Konfektions-Anker	131,10	124,50
134 7	Primär-/Sek.-Teil Konf.-Anker	87,23	82,85
134 9	Wiederbefestigen Sek.-Teil	87,23	82,85
136 0	Gefrästes Lager	63,00	59,85
137 0	Schubverteilungsarm	47,24	44,85
150 0	Metallverbindung nach Brand	35,24	33,45
155 0	Konditionierung je Zahn/Flügel	16,79	15,95
160 0	Vestibuläre Verblendung Kunststoff	57,54	54,65
161 0	Zahnfleisch Kunststoff	18,31	17,40
162 0	Vestibuläre Verblendung Keramik	118,20	112,25
162 8	Vestib. Verbl. Keramik bei Implantatversorgung	118,20	112,25
163 0	Zahnfleisch Keramik	42,24	40,10
163 8	Zahnfleisch Keramik bei Implantatversorgung	42,24	40,10
164 0	Vestibuläre Verblendung Komposit	89,97	85,45
165 0	Zahnfleisch Komposit	24,39	23,15
201 0	Metallbasis	171,83	163,20
202 1	Einarmige gegossene Haltevorrichtung	14,72	14,00
202 5	Kralle	14,72	14,00
202 6	Ney-Stiel	14,72	14,00
202 7	Auflage	14,72	14,00
202 8	Umgebungsbügel bei Diastema	14,72	14,00
203 1	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	26,94	25,60
204 1	Zweiarmige geg. Halte- u. Stützvorrichtung mit Auflage	36,39	34,55
205 0	Bonwillklammer	66,40	63,05
208 1	Rückenschutzplatte	48,07	45,65
208 2	Metallzahn, gegossen	48,07	45,65
208 3	Metallkaufäche, gegossen	48,07	45,65
210 0	Lösungshilfe	13,90	13,20
211 0	Unterfütterbarer Abschlussrand	22,19	21,10
212 0	Zuschlag einzelne gegossene Klammer	23,07	21,90
301 0	Aufstellung, Grundeinheit	36,20	34,40
301 8	Aufstellung, Grundeinheit bei Implantatversorgung	36,20	34,40
302 0	Aufstellen Wachs oder Kunststoff je Zahn	2,16	2,05
302 8	Aufst. Wachs oder Kunststoff je Zahn bei Implantatv.	2,16	2,05
303 0	Aufstellen Metall je Zahn	2,85	2,70
341 0	Übertragung je Zahn	1,79	1,70
361 0	Fertigstellung Grundeinheit	60,76	57,70
361 8	Fertigstellung Grundeinheit bei Implantatversorgung	60,76	57,70
362 0	Fertigstellen je Zahn	3,91	3,70
362 8	Fertigstellen je Zahn bei Implantatversorgung	3,91	3,70

Höchstpreise gültig vom 1.1.2025 bis 31.12.2025			
Lfd. Nr. BEL II	Leistungsbezeichnung	Gewerbl.	Zahnarzt-
		Labor Euro	Labor Euro
380 0	Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung	11,99	11,40
380 5	Gebogene Auflage	11,99	11,40
381 0	Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung	20,25	19,25
382 1	Weichkunststoff	65,63	62,35
382 2	Sonderkunststoff	65,63	62,35
383 0	Zahn zahnfarben hergestellt	27,52	26,15
384 0	Zahn zahnfarben hinterlegt	14,44	13,70
401 0	Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	96,32	91,50
402 0	Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche	69,78	66,30
403 0	Umarbeiten zum Aufbissbehelf	56,11	53,30
404 0	Semipermanente Schiene aus Metall, je Zahn	38,68	36,75
501 0	Basen UKPS	309,92	294,35
502 0	Vestibuläre Protrusionsgleitflächen UKPS	22,06	20,95
510 0	Befestigungselement Protrusionselement UKPS	16,07	15,25
511 0	Montage Protrusionselement UKPS	16,07	15,25
520 0	Befestigungselement Mundöffnungsbegrenzung UKPS	12,01	11,40
521 0	Einfaches gebogenes Halteelement UKPS	12,01	11,40
701 0	Basis für Einzelkiefergerät	59,70	54,90
702 0	Basis für bimaxilläres Gerät	112,46	103,45
703 0	Schiefe Ebene	48,24	44,40
704 0	Vorhofplatte	46,73	43,00
705 0	Kinnkappe	44,89	41,30
710 0	Aufbiss	12,10	11,15
711 0	Abschirmelement	22,06	20,30
712 1	Weichkunststoff (KFO)	30,64	28,20
712 2	Sonderkunststoff (KFO)	30,38	27,95
720 0	Schraube einarbeiten	16,07	14,80
721 0	Spezial-Schraube einarbeiten	25,98	23,90
722 0	Trennen einer Basis	7,87	7,25
730 0	Labialbogen	24,33	22,40
731 0	Labialbogen modifiziert	30,72	28,25
732 0	Labialbogen intermaxillär	33,83	31,10
733 0	Feder, offen	10,43	9,60
734 0	Feder, geschlossen	14,75	13,55
740 0	Verbindungselement/intramaxillär	26,20	24,10
741 0	Verbindungselemente/intermaxillär	27,80	25,60
742 0	Verankerungselement	26,68	24,55
743 0	Einzelement einarbeiten	14,14	13,00
744 0	Metallverbindung (KFO)	14,33	13,20
750 0	Einarmiges H-/A-Element	10,26	9,45
751 0	Mehrmarmiges H-/A-Element	14,92	13,75

Höchstpreise gültig vom 1.1.2025 bis 31.12.2025			
Lfd. Nr. BEL II	Leistungsbezeichnung	Gewerbl. Labor Euro	Zahnarzt- Labor Euro
801 0	Grundeinheit Instands. ZE	23,40	22,25
801 8	Grundeinheit Instands. ZE/implantatgest.	23,40	22,25
802 1	LE Sprung	10,09	9,60
802 2	LE Bruch	10,09	9,60
802 3	LE Einarbeiten Zahn	10,09	9,60
802 4	LE Basisteil Kunststoff	10,09	9,60
802 5	LE Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten	10,09	9,60
802 6	LE Rückenschutzplatte einarbeiten	10,09	9,60
802 7	LE Kunststoffsaattel	10,09	9,60
803 0	Retention, gebogen	43,90	41,70
804 0	Retention, gegossen	55,45	52,65
806 0	Gegossenes Basisteil	84,00	79,80
807 0	Metallverbindung bei Instandsetzung/Erweiterung	21,99	20,90
808 0	Teilunterfütterung einer Basis	43,06	40,90
808 5	Teilunterfütterung Basis UKPS	43,06	40,90
808 8	Teilunterfütterung/implantatgest.	43,06	40,90
809 0	Vollständige Unterfütterung	68,87	65,40
809 8	Vollständige Unterfütterung/implantatgest.	68,87	65,40
810 0	Prothesenbasis erneuern	84,27	80,05
810 8	Prothesenbasis erneuern/Implantatv.	84,27	80,05
813 0	Auswechseln Konfektionsteil	14,77	14,05
820 0	Instandsetzung Krone/Flügel/Brückenglied	43,32	41,15
820 8	Instandsetzung Krone/implantatgest.	43,32	41,15
850 0	Grundeinheit Instandsetzung/Erweiterung UKPS	60,88	57,80
851 1	LE Erneuerung Basis UKPS	154,97	147,20
851 2	LE Sprung/Bruch UKPS	10,10	9,60
851 3	LE Basisteil Kunststoff UKPS	10,10	9,60
851 4	LE Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten UKPS	10,10	9,60
861 0	Grundeinheit/Instands. KFO od. Aufbissbehelf	22,12	21,00
862 0	LE Einfügen Regulierungs- oder Halteelement	9,06	8,60
863 0	LE Erneuerung eines Elementes/intermaxillär	12,99	12,35
864 0	KfO-Basis erneuern	77,49	73,60
870 0	Remontieren KFO-Gerät	42,44	40,30
933 0	Versandkosten	6,85	—
933 5	Versandkosten UKPS	6,85	—
933 8	Versandkosten bei Implantatversorgung	6,85	—
970 0	Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung	16,43	15,60

	Alle Krankenkassen und sonstige Kostenträger
Versandkosten je Versandgang	5,19 € *1 (4,79 € bis 31.12.24)
K1, K2, K3, K6 und K9	3,00 € pro Abformung *2
K4, K7 und K8	Keine Pauschale
Unterkieferprotrusionsschiene	Keine Pauschale für Abformmaterial. Abrechnung in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten.
2685-2687, 2698, 2699, 2700, 2701, andere Leistungen der GOÄ-82	3,00 € pro Abformung *2
KFO	2,80 € pro Abformung *2

*1: **Versandkosten können bei praxiseigenen Laboren nicht berechnet werden.** Voraussetzung für die Berechnung von Versandkosten ist, dass die Praxis den Versand von Abformungen oder zahntechnischen Produkten an das gewerbliche Labor und/oder die Abholung vom gewerblichen Labor vornimmt. Versand und Abholung zählen als getrennte Versandgänge. Pro Versandgang kann die online Postgebühr für den Versand von Päckchen bis zu einem Höchstgewicht von 2 kg (max. Größe M) abgerechnet werden, bei einer Gebührenerhöhung durch die Deutsche Post AG gilt der geänderte Betrag. Werden Versand und Abholung vom gewerblichen Labor durchgeführt, können Versandkosten nicht berechnet werden.

*2: Die Pauschale darf nur bei notwendiger Abformung abgerechnet werden.

Abrechnung von Porto-, Versand- und Telefonkosten im Bereich der KZVH

Die Kosten sind im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nur dann abrechenbar, wenn diese dem Versicherten eindeutig zugeordnet werden können und unter Berücksichtigung des Behandlungsfalles notwendig sind.

Portokosten:

abrechenbar:

- Die tatsächlich entstandenen Kosten für den Versand individueller Arztbriefe, die erfolgen auf Verlangen:
 - eines Kostenträgers,
 - oder die der Klärung einer diagnostischen oder therapeutischen Fragestellung für einen Patienten dienen.
- Die tatsächlich entstandenen Kosten für den Versand von:
 - Behandlungsplänen in Papierform in den Leistungsbereichen KB, PAR und ZE (nur im Fall eines TI-Ausfalls) an die Krankenkasse,
 - Röntgen- und anderen Unterlagen an Gutachter,
 - Material zur pathohistologischen Prüfung.

In der KFO:

- Die tatsächlich entstandenen Kosten für den Versand von Behandlungsplänen und Mitteilungen der KIG-Einstufung in Papierform nur im Fall eines TI-Ausfalls an die Kostenträger.
- Werden bei Kieferorthopäden umfassende gemeinsame Therapieplanungen und deren individuelle therapeutische Konsequenzen mit dem Hauszahnarzt oder MKG-Chirurgen für den Patienten erörtert, sind neben den Nrn. 7700 oder 7750 Portokosten in tatsächlicher Höhe abrechenbar.

nicht abrechenbar:

- Die Kosten für den Versand von:
 - üblicher Praxiskorrespondenz mit dem Patienten, Informationsmaterial, Recallkarten, Terminerinnerungen, Rechnungen oder Mahnungen, auch wegen fehlender eGK,
 - Abrechnungsunterlagen an die KZV.
- Für den Transport zum oder vom eigenen Praxislabor, auch wenn sich das Eigenlabor außerhalb der Praxis befindet.

In der KFO:

- Für den Versand des routinemäßigen Berichts zu Beginn der Behandlung an den Hauszahnarzt über Diagnose, KIG-Einstufung und Behandlungsplan.
- Für die Information über den Abschluss der Behandlung.

Versandkosten:

Abrechenbar sind die tatsächlichen Versandkosten, wenn die Praxis Arbeitsunterlagen wie Abdrücke, Modelle oder zahntechnische Produkte an ein Fremdlabor versendet. (Ausnahme: Versandkostenpauschale im Bereich Kieferbruch).

Voraussetzung hierfür ist, dass die Praxis den Versand von Abformungen oder zahntechnischen Produkten an das gewerbliche Labor und/oder die Abholung vom gewerblichen Labor vornimmt.

Versand und Abholung zählen als getrennte Versandgänge. Pro Versandgang kann die online Postgebühr für den Versand von Päckchen bis zu einem Höchstgewicht von 2 kg (max. Größe M) abgerechnet werden, bei einer Gebührenerhöhung der Deutschen Post AG gilt der aktuelle Betrag.

Nicht abrechenbar sind Versandkosten, wenn das gewerbliche Labor Versand und Abholung durchführt! Siehe dazu Ausführungen zu Versandgängen in der Abrechnungsmappe zu Pauschalen - Fach 2 -.

Telefonkosten:

abrechenbar:

Die tatsächlich entstandenen Kosten für:

- eine konsiliarische Erörterung über die therapeutische Vorgehensweise und deren Konsequenzen neben Nrn. 7600 ff GOÄ u. Nrn. 181, 182 BEMA,
- konkrete Rücksprachen:
 - mit einem Gutachter,
 - auf Anforderung der Krankenkasse,
- Anrufe mit beratendem Inhalt bei Patienten nach aufwändigen Heilbehandlungen, insbesondere chirurgischen Interventionen, soweit diese zu Lasten der GKV abgerechnet werden.

Auf Nachfrage müssen durch einen Einzelbindungsnachweis die konkret entstandenen Kosten belegt werden.

Die Inhalte der abrechnungsfähigen Telefonate müssen in der Karteikarte dokumentiert werden!

nicht abrechenbar:

- Die Kosten für Telefonate:
 - zur Terminerinnerung,
 - mit Behandlungshinweisen,
 - für die Klärung von Abrechnungsfragen mit der KZV.
- Einzelverbindungen, wenn die Praxis eine Flatrate mit ihrem Telefonprovider vereinbart hat, da hierbei die Höhe der Kosten für individuelle Gespräche nicht nachgewiesen werden kann.

Füllungshonorare

Stand: 01.01.2025

Die nachfolgenden EUR-Beträge entsprechen den Bewertungszahlen und den vertraglich vereinbarten Punktwerten bei den jeweiligen Kassenarten. Die jeweiligen Beträge sind bei rechtsverbindlich abgeschlossener Mehrkostenvereinbarung in der Füllungstherapie nach § 28 Abs. 2 SGB V von den vereinbarten und nach der GOZ zu berechnenden Kosten abzuziehen.

Bema-Nr.	Punkte	AOK	BKK	IKK	Knappschaft	SVLFG (LKK)	Ersatzkassen
		Punktwert 1,2703 €	Punktwert 1,2700 €	Punktwert 1,2042 €	Punktwert 1,2712 €	Punktwert 1,2731 €	Punktwert 1,2364 €
13 a	33	41,92 €	41,91 €	39,74 €	41,95 €	42,01 €	40,81 €
13 b	41	52,08 €	52,07 €	49,37 €	52,12 €	52,20 €	50,69 €
13 c	53	67,33 €	67,31 €	63,82 €	67,37 €	67,47 €	65,53 €
13 d	63	80,03 €	80,01 €	75,86 €	80,09 €	80,21 €	77,89 €

Kategorisierungsnummern der Materialien für KFO, KB/KG und ZE in der KZV Hessen

Abr.Art	Material-Kategorie	Bezeichnung
KFO	5001	MAT Abformmaterial/Pauschale
KFO	5012	MAT Protektionswachs
KFO	5021	MAT Mundvorhofplatte
KFO	5022	MAT Kinnkappe
KFO	5023	MAT Kopfkappe
KFO	5024	MAT Kopfkinnkappe
KFO	5031	MAT Schrauben
KFO	5033	MAT Zahn
KFO	5052	MAT Federn
KFO	5053	MAT Silikonschlauch (wg. Allergie)
KFO	5061	MAT Kobayashi-Ligaturen
KFO	5081	MAT Alastics, Elastics, etc.
KFO	5091	MAT Nackenpolster
KFO	5092	MAT Kopfkappe
KFO	5093	MAT Nacken [feder] [sicherheits] zug
KFO	5102	MAT Delaire - Maske
KFO	5999	MAT Sonstige Materialien

KB	5301	MAT Kunststoffmaterial
KB	5302	MAT Compositematerial
KB	5303	MAT Unterfütterungsmaterial
KB	5304	MAT Draht zur Fixierung
KB	5305	MAT Osteosynthesematerial (Platten u. Schrauben)
KB	5306	MAT Positionierungssplint
KB	5307	MAT Schuchardschiene
KB	5308	MAT Gummizüge
KB	5309	MAT Zahn
KB	5999	MAT Sonstige Materialien

ZE	5501	MAT Alginate
ZE	5502	MAT Silikone einphasig
ZE	5503	MAT Silikone zweiphasig
ZE	5504	MAT Permadyne
ZE	5505	MAT Hydrokolloid
ZE	5506	MAT Polyether einphasig
ZE	5507	MAT Polyether zweiphasig
ZE	5508	MAT Registriermaterial
ZE	5509	MAT Kunststoff für direkt Teilunterfütterung
ZE	5510	MAT Kunststoff für prov. Kronen Brückenglieder
ZE	5511	MAT Metal. Stift, Schrauben zu Nr. 18a BEMA
ZE	5999	MAT Sonstige Materialien

Abrechnung von Teilleistungen ZE

Gepl. FZ	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.
1.1, 1.2	Präparation eines Zahnes zur Aufnahme einer Krone oder Teilkrone, Eingliederung einer provisorischen Krone.	50%	50% 20a, b, c 100% 19 ggf. 24c	Nr. 8.1	Präparation eines Zahnes zur Aufnahme einer Krone oder Teilkrone einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Herstellung des Kronengerüstes bzw. Fertigstellung), Eingliederung einer provisorischen Krone	75%	75% 20a, b, c, 100% 19 ggf. 24c	Nr. 8.2
<p>Das zahnärztliche Honorar nach BEMA ist zu 75% abrechenbar, wenn eine Abformung für die Herstellung des Sägemodells erfolgt ist.</p> <p>Befund Nr. 8.2 ist nicht bereits nach Abformung ansetzbar, da bis zu diesem Zeitpunkt keine oder nur geringe Laborkosten angefallen sind. Befund Nr. 8.2 ist erst ansetzbar, wenn das Kronengerüst laborseitig hergestellt wurde.</p>								
1.3	Verblendung zahntechnisch nicht hergestellt	0%	∅	∅	Laborseitige Herstellung einer Verblendung	100%	∅	∅
1.4	Konfektionierter Stift nicht eingegliedert	0%	0% 18a	∅	Eingliederung eines konfektionierten Stiftaufbaus	100%	100% 18a	∅
1.5	Präparation zur Aufnahme eines gegossenen Stiftaufbaus, Eingliederung einer provisorischen Krone mit Stiftverankerung	50%	50% 18b 100% 21	Nr. 8.1	Präparation eines Zahnes zur Aufnahme eines gegossenen Stiftaufbaus, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Abformung, Herstellung des Sägemodells sowie Herstellung des Stiftaufbaus), Eingliederung einer provisorischen Stiftkrone	75%	100% 18b 100% 21	Nr. 8.2
<p>Das zahnärztliche Honorar nach Nr. 18b BEMA ist zu 100% abrechenbar, wenn nach der Präparation des Zahnes weitergehende Maßnahmen erfolgen (z. B. Abformung für das Sägemodell). Weil eine 75% Gebühr für diese Leistung im BEMA nicht verzeichnet ist.</p> <p>Befund Nr. 8.2 ist nicht bereits nach Abformung ansetzbar, da bis zu diesem Zeitpunkt keine oder nur geringe Laborkosten angefallen sind. Befund Nr. 8.2 ist erst ansetzbar, wenn der gegossene Stiftaufbau laborseitig hergestellt wurde.</p>								
1.5					Eingliederung eines gegossenen Stiftaufbaus, vorherige Eingliederung einer prov. Krone mit Stiftverankerung	100%	100% 18b 21	∅

Gepl. FZ	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.
2.1	Präparation der Ankerzähne einer Adhäsivbrücke, ggf. Eingliederung einer provisorischen Brücke	50%	50% 93 100% ggf. 19 ggf. 7b, 89, 95d	Nr. 8.3	Präparation der Ankerzähne einer Adhäsivbrücke, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Herstellung des Brückengerüsts bzw. Fertigstellung), ggf. Eingliederung einer provisorischen Brücke	75%	75% 93 100% 19 ggf. 7b, 89, 95d, 98a Nr. 98a BEMA ist nur abrechenbar, wenn die Abformung in ein Modell übertragen wurde	Nr. 8.4
Das zahnärztliche Honorar nach BEMA ist zu 75% abrechenbar, wenn eine Abformung für die Herstellung des Sägemodells erfolgt ist. Befund Nr. 8.4 ist nicht bereits nach Abformung ansetzbar, da bis zu diesem Zeitpunkt keine oder nur geringe Laborkosten angefallen sind. Befund Nr. 8.4 ist erst ansetzbar, wenn das Brückengerüst hergestellt wurde.								
2.1 - 2.5	Präparation der Ankerzähne einer Brücke, Eingliederung einer provisorischen Brücke	50%	50% 91a, b, c 100% 19, ggf. 7b, 89, 95d	Nr. 8.3	Präparation der Ankerzähne einer Brücke, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Herstellung des Brückengerüsts bzw. Fertigstellung), Eingliederung einer provisorischen Brücke	75%	75% 91a, b, c, 92 100% 19, ggf. 7b, 89, 95d, 98a Nr. 98a BEMA ist nur abrechenbar, wenn die Abformung in ein Modell übertragen wurde	Nr. 8.4
Das zahnärztliche Honorar nach BEMA ist zu 75% abrechenbar, wenn nach der Präparation der Ankerzähne weitergehende Maßnahmen erfolgen (z. B. Abformung für das Sägemodell) Befund Nr. 8.4 ist nicht bereits nach Abformung ansetzbar, da bis zu diesem Zeitpunkt keine oder nur geringe Laborkosten angefallen sind. Befund Nr. 8.4 ist erst ansetzbar, wenn das Brückengerüst hergestellt wurde.								
2.6					Die bis zum Behandlungsabbruch entstandenen Material- und Laborkosten sind vollumfänglich abrechenbar	0%	0% 91e	Ø

Gepf. FZ	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.
2.7	Verblendung zahntechnisch nicht hergestellt	0%	∅	∅	Zahntechnische Herstellung der Verblendung	100%	∅	∅
3.1 4.1 4.2 4.3 4.4	Anatomische Abformung zur prothetischen Versorgung eines Kiefers ohne weitergehende Maßnahmen.	Endet die Behandlung mit der anatomischen Abformung ist Nr. 99a BEMA abrechenbar, ein Festzuschuss ist nicht ansetzbar. Abrechnung ohne Festzuschuss mit dem Patienten. Ausnahme: Härtefälle mit reiner Regelversorgung, die Abrechnung der Nr. 99a BEMA erfolgt über die KZV. Ggf. ist Nr. 7b BEMA zu 100% zusätzlich abrechenbar.						
3.1	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese	50%	50% 96a, b, c ggf. 100% 7b, 89, 98a	Nr. 8.5	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne, Metallbasis hergestellt), jedoch keine Anprobe der Prothese	75%	50% 96a, b, c 98g, 98h/1 oder 98h/2 ggf. 100% 7b, 89, 98a	Nr. 8.6
3.1					Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne, Metallbasis hergestellt), Anprobe der Prothese oder zahntechnische Fertigstellung erfolgt	75%	75% 96a, b, c 98g, 98h/1 oder 98h/2 ggf. 100% 7b, 89, 98a	Nr. 8.6
Nr. 98a BEMA ist nur abrechenbar, wenn die Abformung in ein Modell übertragen wurde.								
3.2	Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone, Eingliederung einer provisorischen Krone	50%	50% 91d 100% 19 ggf. 24c	Nr. 8.1	Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Herstellung des Primärteils oder Herstellung des Primär- und Sekundärteils), Eingliederung einer provisorischen Krone	75%	75% 91d 100% 19 ggf. 24c	Nr. 8.2
Das zahnärztliche Honorar nach BEMA ist zu 75% abrechenbar, wenn eine Abformung für die Herstellung des Sägemodells erfolgt ist. Befund Nr. 8.2 ist nicht bereits nach Abformung ansetzbar, da bis zu diesem Zeitpunkt keine oder nur geringe Laborkosten angefallen sind. Befund Nr. 8.2 ist erst ansetzbar, wenn mindestens das Primärteleskop laborseitig hergestellt wurde.								

Gepl. FZ	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.
4.1	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese bei einem Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder schleimhautgetragenen Deckprothese	50%	50% 96c, 97a ggf. 100% 7b, 89 98a oder 98b	Nr. 8.5	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese bei einem Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder schleimhautgetragenen Deckprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne, Metallbasis hergestellt), jedoch keine Anprobe der Prothese	75%	50% 96c, 97a ggf. 98g, 98h/1 oder 98h/2 ggf. 100% 7b, 89, 98a und/oder 98b	Nr. 8.6
Die Nrn. 98a und/oder 98b BEMA sind nur abrechenbar, wenn die Abformungen in ein Modell übertragen wurden.								
4.1					Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese bei einem Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder schleimhautgetragenen Deckprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne, Metallbasis hergestellt), Anprobe der Prothese oder zahntechnische Fertigstellung erfolgt	75%	75% 96c, 97a ggf. 98g, 98h/1 oder 98h/2 ggf. 100% 7b, 89, 98a und/oder 98b	Nr. 8.6
Die Nrn. 98a und/oder 98b BEMA sind nur abrechenbar, wenn die Abformungen in ein Modell übertragen wurden.								
4.2	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Totalprothese	50%	50% 97a ggf. 100% 7b, 89, 98b	Nr. 8.5	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Totalprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne), jedoch keine Anprobe der Prothese)	75%	50% 97a ggf. 100% 7b, 89, 98b	Nr. 8.6
4.2					Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Totalprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne), Anprobe der Prothese oder zahntechnische Fertigstellung erfolgt	75%	75% 97a ggf. 100% 7b, 89, 98b	Nr. 8.6
Nr. 98b BEMA ist nur abrechenbar, wenn die Abformung in ein Modell übertragen wurde.								

Gepl. FZ	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar	TL Befund-Nr.
4.3	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese bei einem Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder schleimhautgetragenen Deckprothese	50%	50% 96c, 97b ggf. 100% 7b, 89, 98a oder 98c	Nr. 8.5	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese bei einem Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder schleimhautgetragenen Deckprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne, Metallbasis hergestellt), jedoch keine Anprobe der Prothese	75%	50% 96c, 97b ggf. 98g, 98h/1, 98h/2 ggf. 100% 7b, 89, 98a oder 98c	Nr. 8.6
4.3					Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese bei einem Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder schleimhautgetragenen Deckprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne, Metallbasis hergestellt), Anprobe der Prothese oder zahntechnische Fertigstellung erfolgt	75%	75% 96c, 97a ggf. 98g, 98h/1 oder 98h/2 ggf. 100% 7b, 89, 98a und/oder 98c	8.6
Die Nrn. 98a und/oder 98c BEMA sind nur abrechenbar, wenn die Abformungen in ein Modell übertragen wurden.								
4.4	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Totalprothese	50%	50% 97b ggf. 100% 7b, 89, 98c	Nr. 8.5	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Totalprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne), jedoch keine Anprobe der Prothese	75%	50% 97b ggf. 100% 7b, 89, 98c	Nr. 8.6
4.4					Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Totalprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen(z. B. Aufstellung der Zähne), Anprobe der Prothese oder Fertigstellung erfolgt	75%	75% 97b ggf. 100% 7b, 89, 98c	8.6
Nr. 98c BEMA ist nur abrechenbar, wenn die Abformung in ein Modell übertragen wurde.								
4.5	Metallbasis hergestellt, aber keine Anprobe		50% 98e		Herstellung und Anprobe der Metallbasis	100%	75% 98e	

Gepl. FZ	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar	TL Befund-Nr.
4.6, 4.8	Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe, Eingliederung einer provisorische Krone	50%	50% 90, 91d 100% 19	Nr. 8.1	Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. des Primärteils oder Herstellung des Primär- und Sekundärteils bzw. Fertigstellung), Eingliederung einer provisorischen Krone	75%	75% 91d, 90 100% 19	Nr. 8.2
<p>Das zahnärztliche Honorar nach BEMA ist zu 75% abrechenbar, wenn eine Abformung für die Herstellung des Sägemodells erfolgt ist.</p> <p>Befund Nr. 8.2 ist nicht bereits nach Abformung ansetzbar, da bis zu diesem Zeitpunkt keine oder nur geringe Laborkosten angefallen sind. Befund Nr. 8.2 ist erst ansetzbar, wenn mindestens das Primärteleskop laborseitig hergestellt wurde.</p>								
4.7	Verblendung zahntechnisch nicht hergestellt	0%	0%	∅	Herstellung einer zahntechnischen Verblendung	100%	∅	
4.9	Stützstiftregistrierung nicht durchgeführt	0%	0% 98d	∅	Stützstiftregistrierung durchgeführt	100%	100% 98d	
5.1 - 5.4	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teil- oder Totalprothese (Interimsprothese)	50%	50% 96a, b, c, 97a, 97b 100% 98a oder 98b oder 98c	Nr. 8.5	Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese oder Totalprothese, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Aufstellung der Zähne, ggf. Anprobe der Prothese oder zahntechnische Fertigstellung der Prothese)	75%	75% 96a, b, c, 97a, 97b 98f (nur wenn die geplanten Halte- oder Stützelemente bereits zahntechnisch hergestellt wurden ggf. 100% 7b, 89, 98a, 98b, 98c	Nr. 8.6
Die Nrn. 98a, 98b oder 98c BEMA sind nur abrechenbar, wenn die Abformungen in ein Modell übertragen wurden.								

Gepl. FZ	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar BEMA	TL Befund-Nr.	Behandlung bis	% vom gepl. FZ	% vom Honorar	TL Befund-Nr.
6.0 - 6.9	Wiederherstellung und/oder Unterfütterung durchgeführt, aber nicht eingegliedert	100%	100% 19 24a, 24b, 24c, 89, 95a, 95b, 95c, 95d, 98f, 98h/1, 98h/2, 100a, 100b, 100c, 100d, 100e, 100f					
6.10	Präparation eines Zahnes zur Erneuerung eines Primär- oder Sekundärteils einer Teleskopkrone	0%	50% 91d1/2	Nach den FZ-Rili kein Befund ansetzbar	Präparation eines Zahnes zur Erneuerung eines Primär- oder Sekundärteils einer Teleskopkrone, einschließlich weitergehender Maßnahmen (z. B. Abformung, Herstellung des Sägemodells oder zahntechnische Fertigstellung erfolgt)	0%	75% 91d1/2 ggf. 100% 19	Nach den FZ-Rili kein Befund ansetzbar
7.1 – 7.7	Festzuschüsse für Teilleistungen in der Befundklasse 7 sind nicht vorgesehen. Die Gebühren nach BEMA und/oder GOZ sind entsprechend dem Arbeitsfortschritt zu berechnen.							

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Leistung beinhaltet folgende Bestandteile:

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

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

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

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

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
02	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps	20
Ohn	Neben einer Leistung nach der Nr. 02 ist für dieselbe Sitzung eine Leistung nach der Nr. Ä 1 nicht abrechnungsfähig.	
03	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen	15
Zu	<ol style="list-style-type: none"> 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 Nrn. 151 bis 173 und nicht neben Leistungen nach Nrn. 55, 56, 61, 62 aus Abschnitt B IV der GOÄ abgerechnet werden. 	
04	Erhebung Parodontaler Screening-Index	12
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Messung des Parodontalen Screening-Index (PSI) bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt an den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. Die Messung des PSI bei Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. 2. Die Befunderhebung wird mittels einer Messsonde (WHO-Sonde) mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt. Aufgezeichnet wird der höchste Wert je Sextant: <ul style="list-style-type: none"> Code 0 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), keine Blutung, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder, 	

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

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

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

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

Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. Sextanten ohne oder mit nur einem Zahn werden durch ein „X“ kenntlich gemacht. Klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligungen, mukogingivale Probleme, Rezessionen von 3,5 mm und mehr, Zahnbeweglichkeit) werden durch einen Stern „*“ gekennzeichnet.

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

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

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

Zu Nrn. Ä 925, 934, 935:

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

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

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

- F 4 d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante 63
1. Mit der Abrechnung der Nr. 13 ist die Verwendung jedes ausreichenden, zweckmäßigen, erprobten und praxisüblichen plastischen Füllungsmaterials abgegolten. Im Frontzahnbereich sind adhäsiv befestigte Füllungen Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung. Im Seitenzahnbereich sind selbstadhäsive Materialien, im Ausnahmefall Bulkfill-Komposite Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung. Versicherte, die im Sinne von § 28 Abs. 2 SGB V eine darüber hinausgehende Versorgung wählen, haben die Mehrkosten selbst zu tragen; hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die bundesmantelvertraglichen Regelungen sind zu beachten. Folgende Restaurationen gehen über die vertragszahnärztliche Versorgung hinaus: Füllungen in Mehrfarbentechnik zur ästhetischen Optimierung, von Satz 3 nicht erfasste adhäsiv befestigte Füllungen im Seitenzahnbereich, Einlagefüllungen, Goldhammerfüllungen.
 2. Das Legen einer Einlagefüllung sowie die gegebenenfalls im Zusammenhang mit der Herstellung und Eingliederung erbrachte Anästhesie oder durchgeführten besonderen Maßnahmen sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung; eine der Einlagefüllung vorausgegangene Behandlung des Zahnes ist nach der jeweiligen BEMA-Nummer abrechenbar.
 3. Das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone ist nach Nr. 13 a oder b abzurechnen.
 4. Neben den Leistungen nach Nrn. 13 a und b kann die Leistung nach Nr. 16 nicht abgerechnet werden.
 5. Bei Füllungen nach Nr. 13 ist die Lage der Füllung in der Bemerkungsspalte anzugeben. Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Abkürzungen bzw. Ziffern zu verwenden:
m = 1 = mesial
o = 2 = okklusal/inzisal
d = 3 = distal
v = 4 = vestibulär (bukkal/zervikal bzw. labial)
l = 5 = lingual bzw. palatinal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
151 Bs1	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung Neben der Leistung nach Nr. 151 sind die Leistungen nach Nrn. 153 a, 153 b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nummer 151 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.	38
152 Bs2a	a) Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	34
Bs2b	b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung 1. Die Leistung nach Nr. 152 a ist nur abrechnungsfähig für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben. 2. Die Leistung nach Nr. 152 b ist abrechnungsfähig für Versicherte in derselben Einrichtung (z. B. betreute Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung). 3. Neben den Leistungen nach Nrn. 152 a und 152 b sind die Leistungen nach Nrn. 153 a, 153 b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 152 a und 152 b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.	26
153 Bs3a	a) Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht	30
Bs3b	b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 153 a zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende	

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

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

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

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

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

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

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

172	Zuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V	
SP1a	a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung	40
SP1b	b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172 a	32
	1. Die Zuschläge nach Nrn. 172 a und 172 b sind nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.	
	2. Der Zuschlag nach Nr. 172 a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 154, der Zuschlag nach Nr. 172 b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 155 abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 172 a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 172 b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 172 a und	

172 b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.

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

173 Zuschlag für Besuche nach Nr. 153

ZBs3a a) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153 a von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten 32

ZBs3b b) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153 b je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhält, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 173 a 24

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

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

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

PBa a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan 20

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

Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst insbesondere die Angabe:

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

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

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

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

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die folgenden Leistungen:

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

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

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

Soweit dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- oder

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

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

181 Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

Ksla a) persönlich oder fernmündlich 14

Kslb b) im Rahmen eines Telekonsils 16

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

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

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

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

KslKa a) persönlich oder fernmündlich 14

KslKb b) im Rahmen eines Telekonsils 16

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

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

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

VS	Videosprechstunde	16
----	-------------------	----

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

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
-----	----------	----------------

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

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

VFK Videofallkonferenz mit an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen

a) bezüglich eines Versicherten 12

b) bezüglich jedes weiteren Versicherten in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang 6

1. Die Leistung nach Nr. VFK ist abrechenbar bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, sowie bei Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden. Die Anspruchsberechtigung ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren.

2. Die Nr. VFK ist nur abrechenbar für Videofallkonferenzen mittels eines Videodienstes gemäß Anlage 16 BMV-Z.

3. Die Leistung nach Nr. VFK kann je Quartal und Versicherten dreimal abgerechnet werden.

4. Die Leistung nach Nr. VFK kann nur als alleinige Leistung erbracht werden.

5. Die Leistung nach Nr. VFK ist nur abrechenbar, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten stattgefunden hat.

TZ Technikzuschlag für Videosprechstunde, Videofallkonferenz oder Videokonsil 16

1. Der Technikzuschlag nach Nr. TZ ist abrechenbar in Verbindung mit einer Videosprechstunde nach Nr. VS, einer Videofallkonferenz nach Nr. VFK oder einem Telekonsil nach Nrn. 181b oder 182b, das als Videokonsil mittels eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z erfolgt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BEMA (Teil 1)
Abschnitt III
Individualprophylaktische Leistungen

in der ab 1. Januar 2004 gültigen Fassung
zuletzt geändert zum 1. Juli 2023

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
IP 1	<p>Mundhygienestatus</p> <p>Die Erhebung des Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene und des Gingivazustands anhand eines geeigneten Indexes (z. B. Approximalraum-Plaqueindex, Quigley-Hein-Index, Papillenblutungsindex; der einmal gewählte Index ist beizubehalten), die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen und ggf. das Anfärben der Zähne.</p> <ol style="list-style-type: none">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.	20
IP 2	<p>Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen</p> <p>Aufklärung des Versicherten und ggf. dessen Erziehungsberechtigten über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation</p> <p>Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst folgende Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aufklärung über Ursachen von Karies und Gingivitis sowie deren Vermeidung- ggf. Ernährungshinweise und Mundhygieneberatung, auch unter Berücksichtigung der Messwerte der gewählten Mundhygiene-Indizes	17

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

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

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

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

Die Nr. IP 4 umfasst folgende Leistungen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FLA	Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung	14
-----	---	----

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
3.	Im zeitlichen Zusammenhang ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K1 bis K3 abrechnungsfähig.	
4.	Je Sitzung ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K6 bis K9 abrechnungsfähig.	
UP1	Untersuchung zur Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene einschließlich Beratung	27
	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="352 577 1297 913">1. Die Leistung nach Nr. UP1 umfasst die Prüfung, ob die zahnmedizinischen Voraussetzungen für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene vorliegen, insbesondere eine ausreichende Fähigkeit zur Mundöffnung, eine ausreichende aktive Protrusionsbewegungsmöglichkeit des Unterkiefers, eine ausreichende Verankerungsmöglichkeit der Schiene sowie keine der Versorgung entgegenstehenden Kiefergelenksstörungen. <li data-bbox="352 949 1297 1182">2. Neben einer Leistung nach Nr. UP1 kann für dieselbe Sitzung eine Leistung nach Nr. Ä 1 nur abgerechnet werden, wenn sie anderen Zwecken dient. Für eine der nachfolgenden Sitzungen kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nur dann abgerechnet werden, wenn sie als alleinige Leistung erbracht wird. <li data-bbox="352 1218 1297 1554">3. Die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene kann nur auf Veranlassung eines Vertragsarztes mit der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder der Qualifikation nach § 6 Absatz 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V abgerechnet werden. 	
UP2	Abformung und dreidimensionale Registrierung der Startprotrusionsposition	49

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

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

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

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

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

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

Teil 3 Kieferorthopädische Behandlung

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

5 Kieferorthopädische Behandlungsplanung 95

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

Eine Leistung nach Nr. 5 ist nicht abrechnungsfähig

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

116 Fotografie 15

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

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

117 Modellanalyse 35

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

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

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

Untersuchung des Gesichtsschädels, einmal je Fernröntgenseitenbild einschließlich Dokumentation

1. Eine Leistung nach Nr. 118 kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.

2. Eine Leistung nach Nr. 118 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechenbar.

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

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

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

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

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

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

*) Als günstige „kippende“ Bewegung gelten:

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

als ungünstige „kippende“ Bewegung gelten:

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

120	Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention	
	a) einfach durchführbarer Art	204
	b) mittelschwer durchführbarer Art	228
	c) schwierig durchführbarer Art	276
	d) besonders schwierig durchführbarer Art	336

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Die Abrechnung von Leistungen nach den Nrn. 119/120 beginnt mit der therapeutischen Phase. Das ist in der Regel die erste Maßnahme zur Herstellung eines Behandlungsgerätes oder das Extrahieren, Separieren und Einschleifen von Zähnen im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Eingliederung des Behandlungsgerätes.
12. Übernimmt ein Zweitbehandler die Fortführung der Behandlung nach dem ursprünglichen Behandlungsplan, so kann der Zweitbehandler die restlichen Abschlagszahlungen abrechnen.
Hat der Erstbehandler 7 oder mehr Abschlagszahlungen abgerechnet, ist der Zweitbehandler berechtigt, nach Ablauf von 12 Behandlungsquartalen sofort einen Verlängerungsantrag zu stellen.
13. Mit den Nrn. 119/120 ist die Ausstellung der Abschlussbescheinigung abgegolten.

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

121	Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss oder bei einem habituell offenen Biss, je Sitzung	17
-----	---	----

1. Eine Leistung nach Nr. 121 kann pro Patient bis zu sechsmal während eines Zeitraums von sechs Monaten abgerechnet werden. Nach einem Zeitraum von sechs Monaten ist die Abrechnung einer Leistung nach Nr. 121 ausgeschlossen. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach der Nr. 121 nicht abrechnungsfähig.
2. Zur Befundung und/oder Behandlung nach Nr. 121 sind Röntgenaufnahmen nicht abrechnungsfähig.
3. Für eine Leistung nach Nr. 121 ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.

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

122	Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung a) Kontrolle des Behandlungsverlaufs einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel, für jede Sitzung	21
-----	--	----

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	b) Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	43
	c) Einfügen von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	27
	1. Die Eingliederung einer Mundvorhofplatte kann nicht nach Nrn. 119/120 abgerechnet werden. Nach den Nrn. 122 a bis c kann sie nur abgerechnet werden, wenn sie individuell gefertigt wurde.	
	2. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach den Nrn. 122 a bis c nicht abrechnungsfähig.	
123a	Kieferorthopädische Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten zum Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlustes, je Kiefer	40
123b	Kontrolle eines Lückenhalters, je Behandlungsquartal	14
	1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach Nrn. 123a oder 123b nicht abrechnungsfähig.	
	2. Neben einer Leistung nach Nr. 123a sind Material- und Laboratoriumskosten abrechnungsfähig.	
	3. Für eine Leistung nach Nr. 123a ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.	
	4. Neben einer Leistung nach Nr. 123a kann ein Orthopantomogramm abgerechnet werden, wenn es nicht bereits erbracht wurde. Andere Röntgenaufnahmen sind daneben nicht abrechnungsfähig.	
124	Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss, je Sitzung	16
	1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 124 nicht abrechnungsfähig.	
	2. Eine Leistung nach Nr. 124 ist bis zu zweimal abrechnungsfähig.	
125	Maßnahmen zur Wiederherstellung von Behandlungsmitteln einschließlich Wiedereinfügen, je Kiefer	30
	1. Eine Leistung nach Nr. 125 kann neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet werden, wenn ein Behandlungsmittel wiederhergestellt wird.	

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

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

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
130	<p data-bbox="352 192 1299 322">Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbänder) einschließlich Material- und Laborkosten</p> <p data-bbox="352 356 1299 439">Neben der Leistung nach Nr. 130 ist die Leistung nach Nr. 126b zweimal abrechenbar.</p> <p data-bbox="352 472 1299 555">Material- und Laborkosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können gesondert abgerechnet werden.</p> <p data-bbox="352 589 1299 674">Für die Ausgliederung einer ergänzenden festsitzenden Apparatur ist die Leistung nach Nr. 128c zweimal abrechenbar.</p>	72
131a	<p data-bbox="352 752 1299 835">Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur</p> <p data-bbox="352 869 1299 994">Neben der Leistung nach Nr. 131a ist eine Leistung nach Nr. 126b bis zu viermal abrechenbar. Material- und Laborkosten können gesondert abgerechnet werden.</p>	50
131b	<p data-bbox="352 1077 1299 1263">Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbstscharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann, je Seite</p> <p data-bbox="352 1296 1299 1424">Neben der Leistung nach Nr. 131b ist eine Leistung nach Nr. 126b bis zu viermal abrechenbar. Material- und Laborkosten können gesondert abgerechnet werden.</p>	50
131c	<p data-bbox="352 1503 1299 1532">Eingliederung einer Gesichtsmaske</p> <p data-bbox="352 1568 1299 1646">Neben der Leistung nach Nr. 131c können Material- und Laborkosten gesondert abgerechnet werden.</p>	50

Anlage 1 zu Abschnitt B Nr. 2 der KFO – Richtlinien in der Fassung des Beschlusses vom 17.08.2001

Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG)

Grad			1	2	3	4	5
Indikationsgruppen (Befunde)							
Kraniofaziale Anomalie	A						Lippen-Kiefer-Gaumen- spalte bzw. andere kraniofaziale Anomalie
Zahnunterzahl (Aplasie oder Zahnverlust)	U					Unterzahl (nur wenn präprothetische Kiefer- orthopädie oder kiefer- orthopädischer Lücken- schluss indiziert)	
Durchbruchstörungen	S					Retention (außer 8er)	Verlagerung (außer 8er)
Sagittale Stufe	distal	D	bis 3	über 3, bis 6		über 6, bis 9	über 9
	mesial	M				0 bis 3	über 3
Vertikale Stufe	offen (auch seitlich)	O	bis 1	über 1, bis 2	über 2, bis 4	über 4 habituell offen	über 4 skelettal offen
	tief	T	über 1, bis 3	über 3 ohne/mit Gingivakontakt	über 3 mit traumatischem Gingivakontakt		
Transversale Abweichung		B				Bukkal-/Lingual - Okklusion	
		K		Kopfbiss	beidseitiger Kreuzbiss	einseitiger Kreuzbiss	
Kontaktpunktabweichung Engstand	E		unter 1	über 1, bis 3	über 3, bis 5	über 5	
Platzmangel	P			bis 3	über 3, bis 4	über 4	

Alle Zahlenangaben in mm

Teil 4 Systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen

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

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

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

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

AIT Antiinfektiöse Therapie

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

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

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
BEV	Befundevaluation	
	a) nach AIT	32
	b) nach CPT	32
	<p>1. Die Evaluation der parodontalen Befunde im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie erfolgt grundsätzlich drei bis sechs Monate nach Beendigung der Antiinfektiösen Therapie gemäß Nr. AIT. Im Falle eines gegebenenfalls erforderlichen offenen Vorgehens erfolgt eine weitere Evaluation grundsätzlich drei bis sechs Monate nach Beendigung der Chirurgischen Therapie gemäß Nr. CPT.</p>	
	<p>2. Die Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter). Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten des Parodontalstatus verglichen. Dem Versicherten wird der Nutzen der UPT-Maßnahmen erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen.</p>	
	<p>3. Neben der Leistung nach Nr. BEV kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.</p>	
CPT	Chirurgische Therapie	
	a) je behandeltem einwurzeligen Zahn	22
	b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	34
	<p>1. Die Chirurgische Therapie erfolgt im Rahmen eines offenen Vorgehens und umfasst die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement.</p>	
	<p>2. Der Chirurgischen Therapie hat ein geschlossenes Vorgehen im Rahmen der Antiinfektiösen Therapie voranzugehen. Die zahnmedizinische Notwendigkeit für ein offenes Vorgehen kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation eine Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr gemessen wird.</p>	
	<p>3. Mit der Leistung nach Nr. CPT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107a abgegolten.</p>	

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
UPT	Unterstützende Parodontitistherapie	
	a) Mundhygienekontrolle	18
	b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)	24
	c) Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn	3
	d) Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen, abrechenbar bei Versicherten mit festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-RL im Rahmen der zweiten und vierten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL, bei Versicherten mit festgestelltem Grad C im Rahmen der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL	15
	e) Subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je einwurzeligem Zahn	5
	f) Subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je mehrwurzeligem Zahn	12
	g) Untersuchung des Parodontalzustands, die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter). Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten der Untersuchung nach Nr. BEV oder nach Nr. UPT d verglichen. Dem Versicherten werden die Ergebnisse erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen. Die Leistung nach Nr. UPT g ist ab dem Beginn des zweiten Jahres der UPT einmal im Kalenderjahr abrechenbar.	32
	1. Die Maßnahmen nach Nrn. UPT a bis g sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz ist abhängig vom festgestellten Grad der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-RL:	
	– Grad A: einmal im Kalenderjahr mit einem Mindestabstand von zehn Monaten	
	– Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten	

- Grad C: einmal im Kalendertriertel mit einem Mindestabstand von drei Monaten

2. Die Maßnahmen nach Nrn. UPT a bis g können über den Zeitraum von zwei Jahren hinaus verlängert werden, soweit dies zahnmedizinisch indiziert ist. Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.

3. Neben der Leistung nach Nr. UPT b kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.

4. Mit der Leistung nach Nr. UPT c sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107a abgegolten.

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

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

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

Leistungen nach Nrn. 38 und 105 können nicht neben Leistungen nach Nr. 111 abgerechnet werden, soweit Maßnahmen in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen.

Teil 5 Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

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

- | | | |
|----|---|----|
| 18 | Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal, | |
| | a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig | 50 |
| | b) durch einen gegossenen Stiftaufbau, zweizeitig | 80 |
| | 1. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur einmal je Zahn abgerechnet werden. | |
| | 2. Neben einer Leistung nach Nr. 18 a kann eine Leistung nach Nrn. 13 a oder b für das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone abgerechnet werden. | |
| | 3. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur in Verbindung mit Leistungen nach den Nrn. 20 und 91 abgerechnet werden. Ausnahmen sind zu begründen. | |
| | 4. Eine Leistung nach Nr. 18 kann, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, abgerechnet werden, auch wenn sie im Heil- und Kostenplan in der Gebührenvorausberechnung nicht angegeben war. | |
| 19 | Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied | 19 |
| | 1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden. | |
| | 2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht abrechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste. | |

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

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

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

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

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

2. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefällen nach Nrn. 24 a, 24 b und 24 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 24 a i, 24 b i und Nr. 24 c i zu kennzeichnen.

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

Eine Leistung nach Nr. 89 kann nur einmal je Heil- und Kostenplan abgerechnet werden. Sie kann nicht für das Einschleifen zur Aufnahme von Halte- und Stützvorrichtungen abgerechnet werden. Sie kann auch neben Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 abgerechnet werden.

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

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

Eine Leistung nach der Nr. 90 ist nur im Zusammenhang mit der Eingliederung einer Cover-Denture-Prothese bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer abrechnungsfähig.

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

	a) Metallische Vollkrone	118
--	--------------------------	-----

	b) Vestibulär verblendete Verblendkrone	128
--	---	-----

	c) Metallische Teilkrone	136
--	--------------------------	-----

	d) Teleskop-/Konuskrone	190
--	-------------------------	-----

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

1. Mit den Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion.

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

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

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
-----	----------	----------------

95	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken und provisorischen Brücken	
	a) Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern	34
	b) Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern	50
	c) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	36
	d) Abnahme und Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke	18
	e) Wiedereingliederung einer einflügeligen Adhäsivbrücke	61
	f) Wiedereingliederung einer zweiflügeligen Adhäsivbrücke	85

Eine Leistung nach der Nr. 95 d kann höchstens dreimal je Brücke abgerechnet werden.

96	Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen	
	a) zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen	57
	b) zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen	83
	c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen	115

Mit einer Leistung nach Nr. 96 sind folgende Leistungen abgegolten: anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.

1. Ein fehlender Weisheitszahn ist als zu ersetzender, fehlender Zahn nur dann mitzuzählen, wenn sein Gebiet in die prothetische Versorgung einbezogen wird. Ist der Zahn 7 vorhanden, dann ist der Weisheitszahn nicht mitzuzählen.
2. Die definitive Versorgung mit einer rein schleimhautgetragenen Prothese bedarf einer besonderen Begründung.

Zu Nrn. 96 - 100:

Die zusätzliche Abrechnung von zahnärztlichem Honorar bei Anwendung besonderer Abdruckverfahren ist nicht zulässig.

97a	Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Oberkiefer	250
	Mit einer Leistung nach der Nr. 97a sind folgende Leistungen abgegolten: anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BEL II - 2014 – Leistungsverzeichnis

L-Nr.

001 0 **Modell**

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Modell aus Hartgips oder Superhartgips, z.B. als Reparaturmodell, anatomisches Modell (auch für Löffel), Funktionsrandmodell, Unterfütterungsmodell, Modell für Metallbasis, KFO-Modell, Modell zur diagnostischen Auswertung und Planung, Gegenkiefermodell, Kontrollmodell, Planungsmodell, Hilfsmodell (Gipskonter bei Unterfütterung, Gipsschlüssel bei Unterfütterung)

Erläuterungen zur Abrechnung

Für das Erstellen von Arbeitsmodellen ist die L-Nr. 002 1 „Doublieren“ bis auf die in den Erläuterungen zur Abrechnung der dort aufgeführten Ausnahmefälle nicht abrechenbar.

Zur Abrechnung von Gipskonter, Gipsschlüssel und Kontrollmodellen gilt:

Die Abrechnung eines Modells ist nach der L-Nr. 001 0 für alle notwendigen und erbrachten Modelle möglich. Es besteht kein zwingender technischer Zusammenhang zwischen der Zahl der Abformungen und der Zahl der Modelle.

001 5 **Modell Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS)**

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Modell aus Hartgips oder Superhartgips, z.B. als Reparaturmodell, anatomisches Modell (auch für Löffel), Unterfütterungsmodell, Modell zur diagnostischen Auswertung und Planung, Gegenkiefermodell, Kontrollmodell, Planungsmodell, Hilfsmodell (Gipskonter bei Unterfütterung, Gipsschlüssel bei Unterfütterung)

Erläuterungen zur Abrechnung

Für die Herstellung einer Unterkieferprotrusionsschiene sind bis zu 6 Modelle abrechenbar.

001 8 **Modell bei Implantatversorgung**

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Modell aus Hartgips oder Superhartgips, z.B. als Reparaturmodell, anatomisches Modell (auch für Löffel), Funktionsrandmodell, Unterfütterungsmodell, Modell für Metallbasis, Modell zur diagnostischen Auswertung und Planung, Gegenkiefermodell, Kontrollmodell, Planungsmodell, Hilfsmodell (Gipskonter bei Unterfütterung, Gipsschlüssel bei Unterfütterung)

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 001 8 ist nur für eine Versorgung nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinie (Ausnahmefälle zahnbegrenzte Einzelzahnlücke/atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Zur Abrechnung von Gipskonter, Gipsschlüssel und Kontrollmodellen gilt:

Die Abrechnung eines Modells ist nach der L-Nr. 001 8 für alle notwendigen und erbrachten Modelle möglich. Es besteht kein zwingender technischer Zusammenhang zwischen der Zahl der Abformungen und der Zahl der Modelle.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde durch die Aufnahme von Leistungsalternativen konkretisiert. Das Modell für Metallbasis wurde hinzugefügt. Diese Ergänzung basiert auf der von GKV-SV, VDZI und KZBV konsentierten Auffassung, nach der auch bei der Erneuerung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion ein Anspruch auf einen zusätzlichen Festzuschuss nach Befund Nr. 4.5. besteht, soweit die in der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 36 beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

Die damit einhergehende Anpassung der Tabelle „Mögliche Kombinationen der Befunde und Festzuschüsse (Befundklassen 1-4, Befunde 7.1, 7.2, 7.5) und der Abrechnungsbestimmungen zu BEMA-Z Nr. 98e ist erfolgt.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf das KZVen-Rundschreiben über das Inkrafttreten des BEL-II 2014 verwiesen.

002 1 Dublieren eines Modells

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Dublieren, je Modell für Bissführungsplatte, Krallen, Kappe, eine abnehmbare Schiene über mehr als drei Zähne, Set-up-Modell, Crozat-Modell. Auch auf Anweisung des Zahnarztes bei medizinischer Indikation, z. B. bei Krankenhausaufenthalt, Kieferverletzung oder Kieferklemme.

Erläuterungen zur Abrechnung

Nicht abrechenbar bei Duplikatmodell aus Einbettmasse.

Das nach dem Dublieren gewonnene Modell ist gesondert abrechenbar.

Für das Erstellen von Arbeitsmodellen ist die L-Nr. 002 1 "Dublieren" bis auf die in den Erläuterungen zum Leistungsinhalt aufgeführten Ausnahmefälle nicht abrechenbar.

002 2 Platzhalter einfügen

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Einfügen eines Konfektionsteiles in den Abdruck.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 002 2 ist je Konfektionsteil abrechenbar.

Nur abrechenbar bei Neuanfertigung oder Wiederherstellung eines kombinierten Zahnersatzes, sowie bei einer geteilten Brücke, wenn das Primärteil im Mund vorhanden ist.

Als Platzhalter ist das Konfektionsteil gesondert abrechenbar; für das ggf. erforderliche Herstellen und Anbringen einer Retention an das Konfektionsteil ist die L-Nr. 803 0 abrechenbar.

002 3 Verwendung von Kunststoff

Erläuterung zum Leistungsinhalt

z. B. bei Verbleib eines individuellen Primärteiles im Munde des Patienten.

Zur besonderen Darstellung der Zahnfleischpartien abrechenbar je Modell, je Front- und/oder Seitenzahngebiet.

Erläuterung zur Abrechnung

Nicht abrechenbar für Kunststoffstümpfe.

002 4 Galvanisieren

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 002 4 ist einmal je Abdruck, auch bei mehreren Stümpfen in einem Abdruck, nicht für das Lackieren abrechenbar.

002 5 Dublieren eines Modells UKPS

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Dublieren eines Modells für UKPS

Erläuterungen zur Abrechnung

Nicht abrechenbar bei Duplikatmodell aus Einbettmasse. Das nach dem Dublieren gewonnene Modell ist gesondert abrechenbar.

003 0 Set-up je Segment

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Segment herstellen und bearbeiten
Modellzahn/ -zähne schleifen und umstellen

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 003 0 ist in Verbindung mit KFO-Planungen und -Leistungen abrechenbar.

Die L-Nr. 003 0 ist je ausgesägtem und umgestelltem Segment für Planungs- und Arbeitsmodelle abrechenbar.

Wird ein einzelner Modellzahn ausgesägt und umgestellt, ist der Begriff Segment erfüllt.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert, insbesondere wurde der Begriff „Segment“ definiert. Wie bisher besteht eine Abrechnungsfähigkeit nur bei kieferorthopädischer Behandlung.

005 1 Sägemodell

Erläuterung zur Abrechnung

Wird ein Kunststoffmodell gefertigt, so ist zur L-Nr. 005 1 die L-Nr. 002 3 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Der Begriff „Kunststoffmodell“ wurde nach wie vor nicht in den Erläuterungen zum Leistungsinhalt konkretisiert.

Zudem ist die Notwendigkeit der Verwendung von Kunststoffen bei der Herstellung eines Sägemodells unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes noch nicht abschließend geklärt.

Die KZBV vertritt unverändert die Auffassung, dass die Verwendung von konfektionierten Modellsockeln oder -schalen aus Kunststoff nicht nach L-Nr. 002 3 abrechnungsfähig ist.

005 2 Einzelstumpfmodell

Erläuterung zur Abrechnung

Wird ein Kunststoffmodell gefertigt, so ist zur L-Nr. 005 2 die L-Nr. 002 3 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Der Begriff „Kunststoffmodell“ wurde nach wie vor nicht in der Erläuterung zum Leistungsinhalt konkretisiert.

Zudem ist die Notwendigkeit der Verwendung von Kunststoffen bei der Herstellung eines Einzelstumpfmodells unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes noch nicht abschließend geklärt.

Die KZBV vertritt unverändert die Auffassung, dass die Verwendung von konfektionierten Modellsockeln oder -schalen aus Kunststoff nicht nach L-Nr. 002 3 abrechnungsfähig ist.

005 3 Modell nach Überabdruck

Erläuterung zur Abrechnung

Wird ein Kunststoffmodell gefertigt, so ist zur L-Nr. 005 3 die L-Nr. 002 3 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Der Begriff „Kunststoffmodell“ wurde nach wie vor nicht in der Erläuterung zum Leistungsinhalt konkretisiert.

Zudem ist die Notwendigkeit der Verwendung von Kunststoffen bei der Herstellung eines Modells nach Überabdruck unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes noch nicht vollumfänglich und abschließend geklärt.

Die KZBV vertritt unverändert die Auffassung, dass die Verwendung von konfektionierten Modellsockeln oder -schalen aus Kunststoff nicht nach L-Nr. 002 3 abrechnungsfähig ist.

005 4 Set-up Modell für KFO

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 005 4 ist in Verbindung mit KFO-Planungen und -Leistungen nach der L-Nr. 003 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung sind neu eingefügt worden und stellen klar, dass eine Abrechnungsfähigkeit nur bei kieferorthopädischer Behandlung besteht.

005 5 Fräsmoell

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Modell zur Aufnahme von Frässtümpfen

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 005 5 ist einmal je Kiefer abrechenbar, unabhängig davon, wie viele Fräsungen in dem jeweiligen Kiefer anfallen.

006 0 Zahnkranz

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Herstellung eines Zahnkranzes im Praxislabor zur späteren Ergänzung mit einem Gipssockel zu einem Sägemodell oder einem Einzelstumpfmodell oder einem Set-up Modell für die KFO-Planung oder Herstellung eines Positioners durch das gewerbliche Labor.

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 006 0 ist nicht durch das gewerbliche Labor abrechenbar, es sei denn der Leistungsinhalt wird durch das gewerbliche Labor in der Zahnarztpraxis erbracht.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden um einen (kaum vorstellbaren) Ausnahmesachverhalt ergänzt, nach dem die Abrechnung der L-Nr. 006 0 durch das gewerbliche Labor zulässig ist, wenn die Leistung durch das gewerbliche Labor in der Zahnarztpraxis erbracht wird.

L-Nr.	
007 0	<p>Zahnkranz sockeln</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Vorhandenen Zahnkranz bearbeiten und zum Sägemodell, Einzelstumpfmodell oder Set-up-Modell zur Herstellung eines Positioners vervollständigen.</p> <p><u>Erläuterung zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 007 0 ist vom Praxislabor abrechenbar, wenn die L-Nr. 006 0 durch das gewerbliche Labor erbracht und abgerechnet wird.</p> <p><u>Hinweise der KZV Hessen</u> Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden im Hinblick auf die neu gefassten Erläuterungen zur Abrechnung bei der L-Nr. 006 0 angepasst.</p>
011 1	<p>Modellpaar trimmen</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen</p> <p><u>Erläuterung zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 011 1 ist in Verbindung mit KFO-Leistungen abrechenbar.</p> <p>Für dasselbe Modellpaar können die L-Nrn. 011 1 und 013 0 nicht nebeneinander abgerechnet werden.</p> <p><u>Hinweise der KZV Hessen</u> Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden um die Vorschrift ergänzt, nach der für dasselbe Modellpaar die L-Nrn. 011 1 und 013 0 nicht nebeneinander abgerechnet werden können.</p>
011 2	<p>Fixator</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Montage eines Modellpaares im Fixator zur Sicherung der Bisslage bei Unterfütterung, zur Herstellung von Bissregistrierhilfen nach Vorbissnahme und zur Herstellung von kieferorthopädischen Geräten mit bimaxillärer Beziehung.</p> <p><u>Erläuterung zur Abrechnung</u> Bei Wiederherstellungen ist die L-Nr. 011 2 nicht neben der L-Nr. 012 0 abrechenbar.</p> <p><u>Hinweise der KZV Hessen</u> Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Zudem wurde die Bestimmung „Für die Herstellung von definitivem Zahnersatz reicht die Verwendung des Fixators nicht aus.“ ersatzlos gestrichen, da eine solche Regelung im BEL-II deplatziert ist und in die zahnärztliche Verordnungskompetenz eingreift.</p>
011 5	<p>Fixator UKPS</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Montage eines Modellpaares im Fixator zum Vorbereiten einer Bissgabel, zur Sicherung der Bisslage bei Unterfütterung einer Unterkieferprotrusionsschiene und zur Herstellung und Wiederherstellung einer Unterkieferprotrusionsschiene.</p> <p><u>Erläuterung zur Abrechnung</u> Bei Wiederherstellungen ist die L-Nr. 011 5 nicht neben der L-Nr. 012 5 abrechenbar.</p>

012 0 MittelwertartikulatorErläuterung zum Leistungsinhalt

Modellpaar in Mittelwertartikulator montieren. Der Artikulator muss Lateral-, Protrusions- und Öffnungsbewegungen zulassen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 012 0 ist nur abrechenbar, wenn die Modelle die gesamten Kieferverhältnisse wiedergeben und nur einmal je Fall, außer wenn der Zahnarzt einen neuen Abdruck oder Biss nehmen musste.

Die L-Nr. 012 0 ist nicht abrechenbar, wenn der gefertigte oder wiederhergestellte Zahnersatz oder das KFO-Gerät eine Berücksichtigung der Lateral- und Protrusionsbewegung nicht erfordert, wie z. B. bei den L-Nrn. 032 0, 104 0, 808 0.

Die Montage eines Modellpaares in einem Artikulator unter Anwendung von Systemteilen (z. B. Gesichtsbogen) ist nicht nach L-Nr. 012 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden um einen Hinweis auf die „Anwendung von Systemteilen“ erweitert. Hierdurch soll offensichtlich sichergestellt werden, dass die Montage eines Modellpaares in einen teil- oder volladjustierbaren Artikulator nicht nach L-Nr. 012 0 abrechnungsfähig ist.

012 5 Mittelwertartikulator UKPSErläuterung zum Leistungsinhalt

Modellpaar in Mittelwertartikulator montieren. Der Artikulator muss Lateral-, Protrusions- und Öffnungsbewegungen zulassen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 012 5 ist nur einmal je Unterkieferprotrusionsschiene abrechenbar, es sei denn, der Zahnarzt nimmt einen neuen Abdruck oder Biss. Die Modelle müssen die gesamten Kieferverhältnisse wiedergeben.

Die Montage eines Modellpaares in einem Artikulator unter Anwendung von Systemteilen (z. B. Gesichtsbogen) ist nicht nach L-Nr. 012 5 abrechenbar.

012 8 Mittelwertartikulator bei ImplantatversorgungErläuterung zum Leistungsinhalt

Modellpaar in Mittelwertartikulator montieren. Der Artikulator muss Lateral-, Protrusions- und Öffnungsbewegungen zulassen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 012 8 ist nur für eine Versorgung nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinie (Ausnahmefälle zahnbegrenzte Einzelzahnücke/atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Die L-Nr. 012 8 ist nur abrechenbar, wenn die Modelle die gesamten Kieferverhältnisse wiedergeben und nur einmal je Fall, außer wenn der Zahnarzt einen neuen Abdruck oder Biss nehmen musste.

Die L-Nr. 012 8 ist nicht abrechenbar, wenn der gefertigte oder wiederhergestellte Zahnersatz eine Berücksichtigung der Lateral- und Protrusionsbewegung nicht erfordert, wie z. B. bei der L-Nr. 808 8.

Die Montage eines Modellpaares in einem Artikulator unter Anwendung von Systemteilen (z. B. Gesichtsbogen) ist nicht nach L-Nr. 012 8 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden um einen Hinweis auf die „Anwendung von Systemteilen“ erweitert. Hierdurch soll offensichtlich sichergestellt werden, dass die Montage eines Modellpaares in einen teil- oder volladjustierbaren Artikulator nicht nach L-Nr. 012 8 abrechnungsfähig ist.

013 0 Modellpaar sockelnErläuterungen zum Leistungsinhalt

Modellpaar sockeln, dreidimensional orientiert
 Modellpaar sockeln, dreidimensional orientiert in Sockelschalen

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 013 0 ist für kieferorthopädische Dokumentationsmodelle abrechenbar.

Die L-Nr. 013 0 ist für dasselbe Modellpaar nicht neben der L-Nr. 011 1 abrechenbar.

Sockelschalen als Konfektionsfertigteile sind abrechenbar, wenn eine Bisslagenfixierung nicht möglich ist.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Hiernach ist diese Leistung ausschließlich für die Sockelung kieferorthopädischer Dokumentationsmodelle abrechenbar. Die bisher bestehende Einschränkung, nach der für dasselbe Modellpaar die L-Nrn. 013 0 und 011 1 nicht nebeneinander abrechnungsfähig sind, wurde übernommen. Zusätzlich wurde die Voraussetzung der Abrechnung von Sockelschalen formuliert.

020 1 Basis für VorbissnahmeErläuterung zum Leistungsinhalt

Herstellung einer Basis aus thermoplastischem Material mit Bisswall aus Wachs für teilbezahnten oder zahnlosen Kiefer für Vorbissnahme, zur Vorbereitung eines Stützstiftregistrates oder als Erstbissnahme bei Kombinationszahnersatz.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt ist konkretisiert worden. Zudem wurde die Bestimmung „Bei definitivem Zahnersatz ist die L-Nr. 020 1 nicht abrechenbar“ ersatzlos gestrichen, da eine solche Regelung im BEL II deplatziert ist und in die zahnärztliche Verordnungskompetenz eingreift.

020 2 Basis für KonstruktionsbissErläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 020 2 ist bei der Herstellung von kieferorthopädischen Geräten mit bimaxillärer Beziehung abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden konkretisiert. Die L-Nr. 020 2 ist demnach nur bei der Herstellung von kieferorthopädischen Geräten mit bimaxillärer Beziehung abrechenbar.

020 5 Vorbereiten Bissgabel UKPSErläuterung zum Leistungsinhalt

Vorbereiten einer Bissgabel zur Registrierung der Protrusion für eine Unterkieferprotrusionsschiene

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 020 5 ist für die Anfertigung einer UKPS einmal abrechenbar.

021 1 Individueller LöffelErläuterung zum Leistungsinhalt

Individueller Abdrucklöffel aus Kunststoff für vollbezahnten oder teilbezahnten oder zahnlosen Kiefer, wenn eine Funktionsabformung nicht notwendig oder möglich ist.

Erläuterungen zur Abrechnung:

Das Doppelabdruckverfahren mit einem Konfektionslöffel erfüllt nicht den Leistungsinhalt.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde eingefügt und konkretisiert. Der „zahnlose Kiefer“ wurde im Hinblick auf interimistische Totalprothesen aufgenommen.

021 2 FunktionslöffelErläuterung zum Leistungsinhalt

Funktionsabdrucklöffel aus Kunststoff für einen zahnlosen Kiefer oder bei stark reduziertem Restgebiss.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 021 2 ist bei einem zahnlosen Kiefer oder bei einem Kiefer mit einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung konkretisieren den Begriff „Restgebiss“ aus den Erläuterungen zum Leistungsinhalt aus zahntechnischer Sicht. Dieser Begriff soll offensichtlich bei einem „Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen“ erfüllt sein. Die Verwendung von unterschiedlichen Begrifflichkeiten in den Erläuterungen zum Leistungsinhalt und zur Abrechnung ist dennoch bedauerlich.

021 3 Basis für BissregistrierungErläuterung zum Leistungsinhalt

Basis aus Kunststoff für Bissregistrierung bei einem teilbezahnten oder zahnlosen Kiefer für das Aufbringen eines Bisswalls aus Wachs oder Kunststoff.

Erläuterungen zur Abrechnung

Für das Aufbringen eines Bisswalls aus Wachs oder Kunststoff auf eine Basis nach L-Nr. 021 3 ist die L-Nr. 022 0 je Basis einmal abrechenbar.

021 4 Basis für StützstiftregistrierungErläuterung zum Leistungsinhalt

Basis aus Kunststoff für einen vollbezahnten, teilbezahnten oder zahnlosen Kiefer zur Aufnahme des Registrierbestecks für eine Stützstiftregistrierung.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 021 4 ist je Kiefer abrechenbar. Für das Anbringen des aus Registrierplatte und Registrierstift bestehenden Registrierbestecks auf die Basen nach L-Nr. 021 4 für Oberkiefer- und Unterkiefer ist die L-Nr. 023 0 einmal je vorbereitete Stützstiftregistrierung abrechenbar. Neben der L-Nr. 021 4 ist die L-Nr. 022 0 nur einmal je vorbereitete Stützstiftregistrierung abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert, außerdem wurde das Verhältnis zu den L-Nrn. 022 0 und 023 0 eindeutig formuliert.

021 5 Basis für AufstellungErläuterung zum Leistungsinhalt

Basis aus Kunststoff zur Aufnahme einer Wachsaufstellung zur Anprobe.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 021 5 ist bei einem zahnlosen Kiefer, bei einem Kiefer mit einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen oder bei Interimsprothesen abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden wesentlich ergänzt. Nunmehr besteht Abrechnungsfähigkeit bei der Herstellung von Interimsprothesen, wenn eine Anprobe auf einer Kunststoffbasis erfolgt. Bei Interimsprothesen greift außerdem keine Beschränkung durch die Anzahl der vorhandenen natürlichen Zähne. Bei definitivem Zahnersatz ist hingegen ein „Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen“ maßgeblich.

L-Nr.	
021 6	<p>Basis für Bissregistrierung bei Implantatversorgung</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Basis aus Kunststoff für Bissregistrierung bei einem zahnlosen Kiefer zur Aufnahme eines Bisswalls aus Wachs oder Kunststoff</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 021 6 ist nur für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinie (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.</p> <p>Für das Aufbringen eines Bisswalls aus Wachs oder Kunststoff auf eine Basis nach L-Nr. 021 6 ist die L-Nr. 022 8 je Basis einmal abrechenbar.</p>
021 7	<p>Individueller Löffel UKPS</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Individueller Abdrucklöffel aus Kunststoff für vollbezahnten oder teilbezahnten oder zahnlosen Kiefer zur Herstellung einer Unterkieferprotrusionsschiene</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Das Doppelabdruckverfahren mit einem Konfektionslöffel erfüllt nicht den Leistungsinhalt der L-Nr. 021 7.</p>
021 8	<p>Basis für Aufstellung bei Implantatversorgung</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Basis aus Kunststoff bei einem zahnlosen Kiefer zur Aufnahme einer Wachsaufstellung zur Anprobe.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 021 8 ist nur für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinie (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.</p>
022 0	<p>Bisswall</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Aufbringen eines Bisswalls aus Wachs oder Kunststoff auf eine Basis aus Kunststoff, aus Metall oder auf eine Prothese. Der Bisswall ergänzt die genannten Basen zur Bissregistrierhilfe.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Das Aufbringen eines Bisswalls aus Wachs oder Kunststoff nach L-Nr. 022 0 auf eine Basis nach L-Nr. 021 2 oder 021 3 ist einmal je Basis abrechenbar.</p> <p>Das Aufbringen eines Bisswalls aus Wachs oder Kunststoff nach L-Nr. 022 0 auf eine Metallbasis oder eine Prothese ist einmal je Basis abrechenbar.</p> <p>Die L-Nr. 022 0 ist neben den Basen für Stützstiftregistrierung für Ober- und Unterkiefer nach der L-Nr. 021 4 und dem Anbringen des Registrierbestecks nach L-Nr. 023 0 nur einmal je vorbereitete Stützstiftregistrierung abrechenbar.</p>

022 8 Bisswall bei Implantatversorgung

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Aufbringen eines Bisswalls aus Wachs oder Kunststoff auf eine Basis aus Kunststoff, aus Metall oder auf eine Prothese. Der Bisswall ergänzt die genannten Basen zur Bisregistrierhilfe.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 022 8 ist nur für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinie (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Die L-Nr. 022 8 ist je Basis einmal abrechenbar.

Die L-Nr. 022 8 ist für das Aufbringen eines Bisswalls aus Wachs oder Kunststoff auf eine Basis nach L-Nr. 021 6 je Basis einmal abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert. Die Leistungsalternative „Basis aus Metall“ entspricht der von GKV-SV, VDZI und KZBV konsentierten Auffassung, nach der auch bei der Erneuerung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion ein Anspruch auf einen zusätzlichen Festzuschuss nach Befund Nr. 4.5. besteht, soweit die in der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 36 beschriebenen Voraussetzungen vorliegen. Die damit einhergehenden Anpassungen der Tabelle „Mögliche Kombinationen der Befunde und Festzuschüsse (Befundklassen 1-4, Befunde 7.1, 7.2, 7.5) und der Abrechnungsbestimmungen zu BEMA-Z Nr. 98e sind erfolgt.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf das KZVen-Rundschreiben über das Inkrafttreten des BEL-II 2014 verwiesen.

023 0 Registrierplatte und -stift auf Basen

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Anbringen des aus Registrierplatte und Registrierstift bestehenden Registrierbestecks auf Oberkiefer- und Unterkieferbasis aus Kunststoff zur Vorbereitung einer Stützstiftregistrierung.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 023 0 ist für das Anbringen des Registrierbestecks einmal je vorbereitete Stützstiftregistrierung neben den Basen nach L-Nr. 021 4 abrechenbar.

Neben der L-Nr. 023 0 ist die L-Nr. 022 0 nur einmal je vorbereitete Stützstiftregistrierung abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Die Abrechnungsfähigkeit der Materialkosten wurde nunmehr in § 2 Abs. 4 der Einleitenden Bestimmungen aufgenommen und besteht daher unverändert fort.

024 0 Übertragungskappe Kunststoff/Metall

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 024 0 ist nur einmal je Zahn abrechenbar.

031 0 Provisorische Krone/Brückenglied

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Provisorische Krone, Stiftkrone oder Brückenwischenglied ohne Armierung, einschließlich Pin setzen je Stumpfsegment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung angrenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Stumpfsegment beschleifen und vorbereiten

Präparationsgrenze darstellen

ggf.

ausblocken, versiegeln oder lackieren, ggf. Einzelstumpf aus Superhartgips einschließlich Reponieren

Erläuterungen zur Abrechnung

Für die Herstellung einer provisorischen Krone, Stiftkrone oder eines Brückenwischengliedes nach L-Nr. 031 0 ist ein Formteil nach L-Nr. 032 0 nicht abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Außerdem erfolgte eine sprachlich korrekte Formulierung des Verbots der Kombination mit der L-Nr. 032 0.

032 0 Formteil

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Tiefgezogenes Formteil zur Herstellung von provisorischen Kronen, Stiftkronen oder Brückenwischengliedern im direkten Verfahren.

Erläuterungen zur Abrechnung

Ein Formteil nach L-Nr. 032 0 ist abrechenbar für die Herstellung von provisorischen Brücken. Bei der Herstellung von provisorischen Kronen und Stiftkronen ist ein Formteil nach L-Nr. 032 0 nur abrechenbar, wenn mindestens drei provisorische Kronen bzw. Stiftkronen auf benachbarten Zähnen hergestellt werden.

Die L-Nr. 032 0 ist einmal je Kieferhälfte oder Frontzahnggebiet abrechenbar.

Ein Formteil nach L-Nr. 032 0 ist nicht abrechenbar für die Herstellung von provisorischen Kronen, Stiftkronen oder von Brückenwischengliedern nach L-Nr. 031 0.

Hinweise der KZV Hessen

Bei den Erläuterungen zur Abrechnung wurde die Beschränkung der Häufigkeit der Abrechnung beibehalten. Zudem wurde eine neue Einschränkung „... wenn mindestens drei provisorische Kronen bzw. Stiftkronen auf benachbarten Zähnen hergestellt werden“ aus Gründen der Wirtschaftlichkeit aufgenommen. Außerdem erfolgte eine sprachlich korrekte Formulierung des Verbots der Kombination mit der L-Nr. 031 0.

101 3 WurzelstiftkappeErläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossene Wurzelstiftkappe aus Metall im indirekten Verfahren

Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung angrenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment beschleifen und vorbereiten

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren.

ggf.

Einzelstumpf aus Superhartgips oder aus Kunststoff, Frässtumpf, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 101 3 ist als Träger eines Kugelknopfkankers abrechenbar. Das Anbringen des Kugelknopfkankers wird nach der L-Nr. 134 3 abgerechnet.

Die L-Nr. 101 3 ist neben L-Nr. 105 0 nicht abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde wesentlich um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

102 1 Vollkrone/MetallErläuterung zum Leistungsinhalt

Vollgusskrone aus Metall unter Verwendung eines Mittelwertartikulators

Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung angrenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment beschleifen und vorbereiten

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren.

ggf.

Einzelstumpf aus Superhartgips oder aus Kunststoff, Frässtumpf, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde wesentlich um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

102 2 Teilkrone/MetallErläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossene Teilkrone aus Metall unter Verwendung eines Mittelwertartikulators

Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung angrenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment beschleifen und vorbereiten

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren, ggf.

Einzelstumpf aus Superhartgips oder aus Kunststoff, Frässtumpf, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Erläuterungen zur Abrechnung

Die Teilkrone beinhaltet die Überkupplung aller Höcker eines Zahnes.

Verblendungen nach den L-Nrn. 160 0, 162 0 und 164 0 sind neben der L-Nr. 102 2 nicht abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde wesentlich um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

102 3 Flügel für Adhäsivbrücke, je FlügelErläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossener Anker aus Metall für Klebebrücke, unverblendet

Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung angrenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment beschleifen und vorbereiten

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren, ggf.

Einzelstumpf aus Superhartgips oder aus Kunststoff, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 155 0 ist für die Konditionierung eines Flügels zur Vorbereitung des adhäsiven Befestigens neben der L-Nr. 102 3 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde wesentlich um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Die bisherige Voraussetzung der Abrechnung „... nach gesondertem Auftrag des Zahnarztes ...“ wurde gestrichen.

Es ist zwar richtig, dass kein gesonderter Auftrag des Zahnarztes für die Erbringung dieser Leistung erforderlich ist, aber jede zahntechnische Leistung ist von einer entsprechenden Beauftragung abhängig. Nur vor diesem Hintergrund hat die KZBV zugestimmt, auf den Zusatz „gesonderter Auftrag“ zu verzichten.

102 4 Krone für vestibuläre VerblendungErläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossene Krone aus Metall, für vestibuläre Verblendung mit Kunststoff, Komposit oder Keramik unter Verwendung eines Mittelwertartikulators

Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung angrenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment beschleifen und vorbereiten

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren.

ggf.

Einzelstumpf aus Superhartgips oder aus Kunststoff, Frässtumpf, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Erläuterungen zur Abrechnung

Für die vestibuläre Verblendung einer Krone nach L-Nr. 102 4 sind die L-Nrn. 160 0, 162 0 oder 164 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde wesentlich um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

102 6 Vollkrone/Metall bei ImplantatversorgungErläuterung zum Leistungsinhalt

Vollgusskrone aus Metall unter Verwendung eines Mittelwertartikulators

Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung angrenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment beschleifen und vorbereiten

ggf.

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren. Einzelstumpf aus Superhartgips oder aus Kunststoff, Frässtumpf, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Erläuterungen zur Abrechnung

Abrechenbar nur für eine Versorgung nach Nr. 36 a der Zahnersatz-Richtlinie (zahnbegrenzte Einzelzahnlücke).

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde mit obligaten und fakultativen Leistungsbestandteilen eingefügt. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

102 8 Krone für vestibuläre Verblendung bei ImplantatversorgungErläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossene, unter Verwendung eines Mittelwertartikulators gestaltete Krone aus Metall für vestibuläre Verblendung mit Kunststoff, Komposit oder Keramik

Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung angrenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment schleifen und vorbereiten

ggf.

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren. Einzelstumpf aus Superhartgips oder aus Kunststoff, Frässtumpf, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Erläuterungen zur Abrechnung

Abrechenbar nur für eine Versorgung nach Nr. 36 a der Zahnersatz-Richtlinie (zahnbegrenzte Einzelzahnücke).

Für die vestibuläre Verblendung einer Krone nach L-Nr. 102 8 sind die L-Nrn. 160 0, 162 8 oder 164 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde mit obligaten und fakultativen Leistungsbestandteilen eingefügt. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

103 1 Vorbereiten KroneErläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 103 1 ist für das Vorbereiten einer neu zu fertigenden Krone oder eines Brückengliedes für eine Halte- und/oder Stützvorrichtung abrechenbar.

Die L-Nr. 103 1 ist nur einmal je Krone oder Brückenglied abrechenbar.

Neben der L-Nr. 103 1 ist die L-Nr. 103 2 für dieselbe Krone oder dasselbe Brückenglied nicht abrechenbar.

103 2 Krone/Brückenglied einarbeitenErläuterungen zur Abrechnung

Für das Einarbeiten einer neu angefertigten Krone oder eines Brückengliedes in eine vorhandene Halte- und/oder Stützvorrichtung ist die L-Nr. 103 2 einmal je Krone oder Brückenglied abrechenbar.

Neben der L-Nr. 103 2 ist die L-Nr. 103 1 für dieselbe Krone oder für dasselbe Brückenglied nicht abrechenbar.

103 3 Stiftaufbau einarbeitenErläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossener Stiftaufbau aus Metall in eine vorhandene Krone oder Primärkrone einarbeiten.

104 0 Modellation gießen

105 0 Stiftaufbau

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossener Stiftaufbau (bestehend aus Wurzelstift und Stumpfaufbau) aus Metall nach indirektem Verfahren.

Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung angrenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment beschleifen und vorbereiten

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren.

ggf.

Einzelstumpf aus Superhartgips oder aus Kunststoff, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 105 0 ist für denselben Zahn nicht neben der L-Nr. 101 3 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde wesentlich um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

110 0 Brückenglied

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossenes Brückenglied aus Metall unter Verwendung eines Mittelwertartikulators

Gegossenes Brückenglied aus Metall unter Verwendung eines Mittelwertartikulators für Teilverblendung aus Kunststoff, Komposit oder Keramik

ggf.

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 110 0 ist je tatsächlich gefertigter Zahneinheit abrechenbar.

Für die vestibuläre Verblendung eines Brückengliedes nach L-Nr. 110 0 sind die L-Nrn. 160 0, 162 0 oder 164 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde wesentlich um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

120 0 Teleskopierende KroneErläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossene Primär- und Sekundärteleskopkrone oder gegossene Primär- und Sekundärkonuskronen aus Metall unter Verwendung eines Mittelwertartikulators, Sekundärteleskopkrone oder Sekundärkonuskronen auch zur vestibulären Verblendung

Umlaufende Fräsung, Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung grenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment beschleifen und vorbereiten

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren,

Fügapassung über Hilfsteil, je Fügung, formschlüssige Passung zur Fügung eines Sekundärteiles ggf.

Einzelstumpf aus Superhartgips, Kunststoff oder Metall

Frässtumpf, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung, z. B. Sekundärteil an Basis

Lötmodell

Lotfreie Verbindung von Sekundärteil an Basis

Gegossene Retention an Sekundärkrone zum Einarbeiten in Kunststoff- oder Metallbasis.

Erläuterungen zur Abrechnung

Für die vestibuläre Verblendung einer Sekundärteleskopkrone oder einer Sekundärkonuskronen sind die L-Nrn. 160 0 oder 164 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde wesentlich um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Zudem erfolgte die Streichung des „Ausgleichsteleskops“, weil dieses Konstruktionselement gemäß der Festzuschuss-Richtlinien nicht innerhalb der Regelversorgung nach BEL-II erbracht werden kann.

120 1 Teleskopierende Primär- oder SekundärkroneErläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossene Primär- oder Sekundärteleskopkrone oder gegossene Primär- oder Sekundärkonuskronen aus Metall unter Verwendung eines Mittelwertartikulators, Sekundärteleskopkrone oder Sekundärkonuskronen auch zur vestibulären Verblendung

Umlaufende Fräsung, Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung grenzenden Zahnes

Sägeschnitt, Segment beschleifen und vorbereiten

ggf.

Präparationsgrenze darstellen ggf. ausblocken, versiegeln oder lackieren,

Fügapassung über Hilfsteil, je Fügung, formschlüssige Passung zur Fügung eines Sekundärteiles
Einzelstumpf aus Superhartgips, Kunststoff oder Metall

Frässtumpf, Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung, z. B. Sekundärteil an Basis

Lötmodell

Lotfreie Verbindung von Sekundärteil an Basis

Gegossene Retention an Sekundärkrone zum Einarbeiten in Kunststoff- oder Metallbasis

Mehraufwand bei vorhandenem Sekundärteil

Mehraufwand bei vorhandenem Primärteil

Erläuterungen zur Abrechnung

Für die vestibuläre Verblendung einer Sekundärteleskopkrone oder einer Sekundärkonuskronen sind die L-Nrn. 160 0 oder 164 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde wesentlich um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Zudem erfolgte die Streichung des „Ausgleichsteleskops“, weil dieses Konstruktionselement gemäß den Festzuschuss-Richtlinien nicht innerhalb der Regelversorgung nach BEL-II erbracht werden kann. Außerdem wurde der Rechenweg zur Bestimmung der Vergütung der L-Nr. 120 1 nicht wieder aufgenommen, weil hiermit keine abrechnungstechnische Konsequenz verknüpft ist.

133 1 Individuelles GeschiebeErläuterung zum Leistungsinhalt

Herstellen eines individuellen Geschiebes als Brückenteilungsgeschiebe und Einarbeiten des Primär- und Sekundärteils in die Krone oder das Brückenglied.

Geschiebefräsung

ggf.

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Lotfreie Verbindung

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert und um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

134 1 Konfektions-GeschiebeErläuterung zum Leistungsinhalt

Primär- und Sekundärteil eines konfektionierten Geschiebes als Brückenteilungsgeschiebe in die Krone oder das Brückenglied einarbeiten.

Fügepassung

ggf.

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Lotfreie Verbindung

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert und um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

134 3 Konfektions-AnkerErläuterung zum Leistungsinhalt

Einarbeiten des Primärteils eines Konfektionsankers auf die Wurzelstiftkappe und Einarbeiten des Sekundärteils in die Kunststoff- oder Metallbasis.

Fügepassung

ggf.

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Lotfreie Verbindung,

Gegossene Retention an Sekundärteil zur Einarbeitung in Kunststoff- oder Metallbasis

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 134 3 ist für das Anbringen des Kugelknopfankers auf der Wurzelstiftkappe nach L-Nr. 101 3 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert und um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

134 7 Primär-/Sek.-Teil Konf.-AnkerErläuterung zum Leistungsinhalt

Einarbeiten des erneuerungsbedürftigen Primärteils eines Konfektionsankers auf die Wurzelstiftkappe oder Einarbeiten des erneuerungsbedürftigen Sekundärteils in die Kunststoff- oder Metallbasis.

Fügepassung

ggf.

Vorlötung, unterschiedliche Metalle

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lötmodell

Lotfreie Verbindung

Gegossene Retention an Sekundärteil zur Einarbeitung in Kunststoff- oder Metallbasis

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 134 7 ist für das Einarbeiten des erneuerungsbedürftigen Primär- oder Sekundärteils eines Kugelknopfankers auf der Wurzelstiftkappe nach L-Nr. 101 3 abrechenbar.

Die L-Nr. 134 7 ist nicht abrechenbar, wenn bei einem Sekundärteil eines Kugelknopfankers ein Kunststofffertigteil ausgetauscht wird. Hierfür ist die L-Nr. 813 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert und um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Zudem erfolgte eine Leistungsabgrenzung zu der L-Nr. 813 0. Außerdem wurde der Rechenweg zur Bestimmung der Vergütung der L-Nr. 134 7 nicht wieder aufgenommen, weil hiermit keine abrechnungstechnische Konsequenz verknüpft ist.

134 9 Wiederbefestigen eines SekundärteilsErläuterung zum Leistungsinhalt

Wiederbefestigen des Sekundärteils einer Teleskopkrone oder einer Konuskrone, eines Sekundärteils eines Konfektionsankers oder eines konfektionierten oder individuellen Geschiebes bei geteilter Brücke

Pin setzen, je Segment, auch im Bereich des Kieferkammes und des an die Versorgung grenzenden Zahnes

Sekundärteil zur Wiederbefestigung vorbereiten

Fügepassung über Hilfsteil, je Fügung, formschlüssige Passung zur Fügung eines Sekundärteils Sekundärteil an Basis

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

ggf.

Einzelstumpf aus Superhartgips oder aus Kunststoff

Stumpf für reponierte Elemente einschließlich Reponieren

Lötung, einfach

Lötmodell

Lotfreie Verbindung

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 134 9 ist für das Wiederbefestigen eines Sekundärteils einer Teleskopkrone oder einer Konuskrone, eines Sekundärteils eines Kugelknopfankers oder eines konfektionierten oder individuellen Geschiebes bei geteilter Brücke abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert und um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

136 0 Gefrästes LagerErläuterung zum Leistungsinhalt

Fräsung eines Lagers für Schubverteilungsarm im Metall (Krone oder Brückenglied).

Erläuterungen zur Abrechnung

Ein nicht gefrästes Lager für eine Auflage eines gegossenen Halte- und/oder Stützelementes ist nach L-Nr. 103 1 abrechenbar.

137 0 Schubverteilungsarm

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossener Schubverteilungsarm für gefrästes Lager.

ggf.

Lötung, einfach

Lötung, aufwändig bei Vorlötung oder besonderer Qualitätsanforderung

Lotfreie Verbindung an Metallbasis.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 137 0 ist nur in Verbindung mit L-Nr. 136 0 oder bei vorhandenem gefrästem Lager abrechenbar.

Die L-Nr. 137 0 ist neben der L-Nr. 202 1 einmal abrechenbar, wenn der Schubverteilungsarm Teil einer Halte- und Stützvorrichtung ist.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert und um obligate und fakultative Leistungsbestandteile erweitert. Diese Systematisierung beinhaltet mehrere zahntechnische Einzelleistungen, die in allen Fällen oder nur in auftragsspezifischen Fällen im herstellungstechnischen Zusammenhang stehen und dem Leistungsinhalt zuzurechnen sind. Eine gesonderte Abrechnung der aufgeführten obligatorischen und fakultativen („ggf.“) Einzelleistungen ist nicht zulässig.

150 0 Metallverbindung nach Brand

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Lötung nach keramischem Brand

Lötmodell

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 150 0 ist sowohl bei der Neuanfertigung als auch bei Wiederherstellung von keramisch verblendeten Kronen oder Brückengliedern abrechenbar.

Die L-Nr. 150 0 ist je Verbindungsstelle abrechenbar.

155 0 Konditionierung je Zahn/Flügel

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Konditionierung einer Metallfläche zur Aufnahme einer vestibulären Verblendung mit Komposit oder zur Vorbereitung einer adhäsiven Befestigung.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 155 0 ist je Flügel für Adhäsivbrücke (L-Nr. 102 3) und bei Verblendungen je Krone, Brückenglied oder Rückenschutzplatte nach L-Nr. 164 0 abrechenbar.

Bei der L-Nr. 404 0 - semipermanente Schiene - ist die L-Nr. 155 0 je Zahn abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert, zudem wurde die Abrechnungsfähigkeit bei der Komposit-Verblendung von Rückenschutzplatten klargestellt.

L-Nr.	
160 0	<p>Vestibuläre Verblendung Kunststoff</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Vestibuläre Verblendung von gegossenen Metallflächen mit Kunststoff durch eine in der Regel dreifarbige Standardschichtung.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 160 0 ist für die vestibuläre Verblendung einer Krone nach L-Nr. 102 4 und L-Nr. 102 8, einem Brückenglied nach L-Nr. 110 0, einer teleskopierenden Krone nach L-Nr. 120 0 und L-Nr. 120 1 oder einer Rückenschutzplatte nach L-Nr. 208 1 abrechenbar.</p> <p>Die L-Nr. 160 0 ist im Rahmen der Wiederherstellung einer Verblendung auch für die Herstellung einer Facette abrechenbar.</p>
161 0	<p>Zahnfleisch Kunststoff</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Herstellen von Zahnfleischpartien aus Kunststoff zum Ausgleich von Alveolaratrophien, Kieferdefekten und Stellungsanomalien.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 161 0 ist einmal je Zahn abrechenbar.</p>
162 0	<p>Vestibuläre Verblendung Keramik</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Vestibuläre Verblendung von gegossenen Metallflächen mit Keramik durch eine in der Regel dreifarbige Standardschichtung.</p> <p>Die L-Nr. 162 0 schließt die Verblendung der Schneidekante bei den Zähnen 1-3 mit ein.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 162 0 ist für die vestibuläre Verblendung einer Krone oder eines Brückengliedes abrechenbar.</p> <p>Die L-Nr. 162 0 ist im Rahmen der Wiederherstellung einer Verblendung auch für die Herstellung einer Facette abrechenbar.</p>
162 8	<p>Vestibuläre Verblendung Keramik bei Implantatversorgung</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Vestibuläre Verblendung einer implantatgetragenen Einzelkrone mit Keramik durch eine in der Regel dreifarbige Standardschichtung. Die L-Nr. 162 8 schließt die Verblendung der Schneidekante bei den Zähnen 1-3 mit ein.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 162 8 ist für die vestibuläre Verblendung einer Krone nach L-Nr. 102 8 im Rahmen einer Versorgung nach Nr. 36 a der Zahnersatz-Richtlinie (zahnbegrenzte Einzelzahnlücke) abrechenbar.</p> <p>Die L-Nr. 162 0 ist im Rahmen der Wiederherstellung einer Verblendung auch für die Herstellung einer Facette abrechenbar.</p>
163 0	<p>Zahnfleisch Keramik</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Herstellen von Zahnfleischpartien aus Keramik zum Ausgleich von Alveolaratrophien, Kieferdefekten und Stellungsanomalien in Verbindung mit einer Verblendung</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 163 0 ist je Zahn, auch für Wurzelpontic, einmal abrechenbar.</p>

L-Nr.	
163 8	<p>Zahnfleisch Keramik bei Implantatversorgung</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Herstellen von Zahnfleischpartien aus Keramik zum Ausgleich von Alveolaratrophien, Kieferdefekten und Stellungsanomalien in Verbindung mit einer Verblendung.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 163 8 ist für das Herstellen von Zahnfleischpartien bei einer Krone nach L-Nr. 102 8 im Rahmen einer Versorgung nach Nr. 36 a der Zahnersatz-Richtlinie (zahnbegrenzte Einzelzahn-lücke) abrechenbar.</p> <p>Die L-Nr. 163 8 ist je Zahn einmal abrechenbar.</p>
164 0	<p>Vestibuläre Verblendung Komposit</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Vestibuläre Verblendung von gegossenen Metallflächen mit Komposit durch eine in der Regel dreifarbige Standardschichtung.</p> <p>Die L-Nr. 164 0 schließt die Verblendung der Schneidekante bei den Zähnen 1-3 mit ein.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 164 0 ist für die vestibuläre Verblendung einer Krone nach L-Nr. 102 4 und L-Nr. 102 8, einem Brückenglied nach L-Nr. 110 0, einer teleskopierenden Krone nach L-Nr. 120 0 und L-Nr. 120 1 oder einer Rückenschutzplatte nach L-Nr. 208 1 abrechenbar.</p> <p>Die L-Nr. 164 0 ist im Rahmen der Wiederherstellung einer Verblendung auch für die Herstellung einer Facette abrechenbar.</p>
165 0	<p>Zahnfleisch Komposit</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Herstellen von Zahnfleischpartien aus Komposit zum Ausgleich von Alveolaratrophien, Kieferdefekten und Stellungsanomalien.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 165 0 ist einmal je Zahn, auch für Wurzelpontic, abrechenbar.</p>
201 0	<p>Metallbasis</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Basis einer Modellgussprothese für eine Ober- oder Unterkieferprothese ggf. Krangfassung Duplikatmodell aus Einbettmasse</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Kann bei einer Unterkiefer-Modellgussprothese kein Sublingualbügel angefertigt werden, sind neben der L-Nr. 201 0 die L-Nr. 202 1 (fortlaufende Klammer), die L-Nrn. 202 5 und 208 3 abrechenbar.</p> <p>Für die Herstellung eines gegossenen Retentionsgitters oder eines gegossenen Retentionsbügels bei einer schleimhautgetragenen Deckprothese ist die L-Nr. 201 0 berechenbar.</p> <p><u>Hinweise der KZV Hessen</u> Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Zudem wurde klargestellt, dass im seltenen Fall einer Modellgusskonstruktion ohne Sublingualbügel neben fortlaufenden Klammern (wie bisher, jedoch neue L-Nr. 202 1) auch Krallen (L-Nr. 202 5) und gegossene Metallkaufflächen (L-Nr. 208 3) anfallen können.</p>

202 1 Einarmige gegossene Haltevorrichtung

Erläuterungen zum Leistungsinhalt

Hierzu zählen die einarmige Klammer, die Inlayklammer, die fortlaufende Klammer (je Zahn) und die Bonyhardklammer.

Hinweise der KZV Hessen

In der L-Nr. 202 1 des BEL-II 2014 wurden folgende L-Nrn. des BEL-II 2006 zusammengefasst:

- 202 1 (einarmige Klammer)
- 202 2 (Inlayklammer)
- 202 3 (fortlaufende Klammer)
- 202 4 (Bonyhardklammer)

Auf die Differenzierung zwischen den einzelnen einarmigen gegossenen Haltevorrichtungen wurde aus Gründen der Praktikabilität und nicht vollständig eindeutigen Abgrenzungen der einzelnen Klammersausführungen, auch vor dem Hintergrund jeweils einheitlicher Bundesmittelpreise, verzichtet.

Die daraus resultierende Anpassung der Regelversorgung bei den zahntechnischen Leistungen einschließlich deren relativen Häufigkeiten bei den Befunden 3.1, 4.1, 4.3, 5.1, 5.3, 6.2, 6.3, 6.4, 6.4.1, 6.5 und 6.5.1 nach der Festzuschussrichtlinie wurde vom GBA-Plenum am 14.11.2013 beschlossen. Der Beschluss liegt dem BMG zur Nichtbeanstandung vor. Die KZBV geht von einer positiven Entscheidung des BMG aus.

Einzelheiten zur Anpassung der Regelversorgung sind dem Rundschreiben betreffend Inkrafttreten des BEL-II 2014 zu entnehmen.

202 5 Kralle

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Bei der Kralle handelt es sich um ein einarmiges, gegossenes Halteelement, das einen Frontzahn von mesial oder distal umfasst und sich inzisal abstützt.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 202 5 ist je Kralle einmal abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert.

Es wurde klargestellt, dass die L-Nr. 202 5 je Kralle und nicht je Zahn oder Interdentalraum abrechenbar ist.

202 6 Ney-Stiel

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossenes Element an einer Klammer oder einer teleskopierenden Krone für eine sattelferne Verbindung mit der Modellgussbasis.

Der Ney-Stiel ist ein kleiner Verbinder zwischen Modellgussbasis und Halte-oder Stützelement oder Teleskopkrone, der nicht vom Sattel ausgeht.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 202 6 ist bei sattelferner Anbringung einer Klammer oder einer teleskopierenden Krone abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden unverändert übernommen. Leider wurde nicht klargestellt, ob neben einer Bonwillklammer nach L-Nr. 205 0 diese L-Nr. abrechnungsfähig ist. Die KZBV geht bis zu einer Klarstellung der Vertragspartner des BEL-II davon aus, dass die Verbindung einer Bonwillklammer zur Modellgussbasis nicht nach L-Nr. 202 6 gesondert abrechnungsfähig ist. Bei anderslautender Auffassung müssen die Regelleistungen bei den relevanten Befunden angepasst werden und die durchschnittlichen Kosten der jeweiligen Regelversorgungen neu berechnet werden.

202 7 Auflage

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Stützelement

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 202 7 ist nur abrechenbar, wenn die gegossene Auflage nicht Bestandteil einer Halte- und Stützvorrichtung ist.

202 8 Umgehungsbügel bei Diastema

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Ergänzendes gegossenes Element, das zur Verbindung von Metallbasisteilen zur Umgehung eines Diastemas dient.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 202 8 ist auch bei feststehendem Zahnersatz abrechenbar.

203 1 Zweiarmlige gegossene HaltevorrichtungErläuterung zum Leistungsinhalt

Hierzu zählen die zweiarmlige Klammer, die Approximal-, Ring-, Rücklauf-, Bonyhardklammer mit Gegenlager sowie die zwei Zähne umfassende Doppelbogenklammer.

Hinweise der KZV Hessen

In der L-Nr. 203 1 des BEL-II 2014 wurden folgende L-Nrn. des BEL-II-2006 zusammengefasst:

- 203 1 (zweiarmlige Klammer)
- 203 2 (Approximalklammer)
- 203 3 (Ringklammer)
- 203 4 (Rücklaufklammer)
- 203 5 (Bonyhardklammer mit Gegenlager)
- 203 6 (Doppelbogenklammer).

Auf die Differenzierung zwischen den einzelnen zweiarmligen gegossenen Haltevorrichtungen wurde aus Gründen der Praktikabilität und nicht vollständig eindeutigen Abgrenzungen der einzelnen Klammersausführungen, auch vor dem Hintergrund jeweils einheitlicher Bundesmittelpreise, verzichtet.

Die daraus resultierende Anpassung der Regelversorgung bei den zahntechnischen Leistungen einschließlich deren relativen Häufigkeiten bei den Befunden 3.1, 4.1, 4.3, 5.1, 5.3, 6.2, 6.3, 6.4, 6.4.1, 6.5 und 6.5.1 nach der Festzuschussrichtlinie wurde vom GBA-Plenum am 14.11.2013 beschlossen. Der Beschluss liegt dem BMG zur Nichtbeanstandung vor. Die KZBV geht von einer positiven Entscheidung des BMG aus.

Einzelheiten zur Anpassung der Regelversorgung sind dem Rundschreiben betreffend Inkrafttreten des BEL-II 2014 zu entnehmen.

204 1 Zweiarmlige gegossene Halte- und Stützvorrichtung /AuflageErläuterung zum Leistungsinhalt

Hierzu zählen die zweiarmlige Klammer, die Approximal-, Ring-, Rücklauf-, Bonyhardklammer mit Gegenlager sowie die Überwurfklammer jeweils mit Auflage.

Hinweise der KZV Hessen

In der L-Nr. 204 1 des BEL-II 2014 wurden folgende L-Nrn. des BEL-II-2006 zusammengefasst:

- 204 1 (zweiarmlige Klammer / Auflage)
- 204 2 (Approximalklammer / Auflage)
- 204 3 (Ringklammer / Auflagen)
- 204 4 (Rücklaufklammer / Auflage)
- 204 5 (Bonyhardklammer / Gegenlager)
- 204 6 (Doppelbogenklammer)

Auf die Differenzierung zwischen den einzelnen einarmigen gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen mit Auflagen wurde aus Gründen der Praktikabilität und nicht vollständig eindeutigen Abgrenzungen der einzelnen Klammersausführungen, auch vor dem Hintergrund jeweils einheitlicher Bundesmittelpreise, verzichtet.

Die daraus resultierende Anpassung der Regelversorgung bei den zahntechnischen Leistungen einschließlich deren relativen Häufigkeiten bei den Befunden 3.1, 4.1, 4.3, 5.1, 5.3, 6.2, 6.3, 6.4, 6.4.1, 6.5 und 6.5.1 nach der Festzuschussrichtlinie wurde vom GBA-Plenum am 14.11.2013 beschlossen. Der Beschluss liegt dem BMG zur Nichtbeanstandung vor. Die KZBV geht von einer positiven Entscheidung des BMG aus.

Einzelheiten zur Anpassung der Regelversorgung sind dem Rundschreiben betreffend Inkrafttreten des BEL-II 2014 zu entnehmen.

205 0 Bonwillklammer

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Die Leistung Nr. 202 6 ist Bestandteil der L-Nr. 205 0.

Erläuterung zur Abrechnung

Im Zusammenhang mit der L-Nr. 205 0 ist die L-Nr. 202 6 nicht abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Es wurde klargestellt, dass die Verbindung einer Bonwillklammer zur Modellgussbasis nicht nach L-Nr. 202 6 („Ney-Stiel“) gesondert abrechnungsfähig ist.

Die Erläuterungen zum Leistungsinhalt und zur Abrechnung wurden konkretisiert.

Der Aufwand der Herstellung der Verbindung der Bonwillklammer zu der Metallbasis wurde durch eine Anpassung des Bundesmittelpreises der L-Nr. 205 0 berücksichtigt.

208 1 Rückenschutzplatte

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossene Rückenschutzplatte für Verblendung, auch mit Kaufläche.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 208 1 ist bei ungünstigen Biss- und Okklusionsverhältnissen, einzeln stehenden Zähnen oder über einem Sekundärteil eines Kugelknopfankers abrechenbar.

Neben der L-Nr. 208 1 sind die L-Nrn. 302 0, 303 0, 362 0 nicht abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Die alternative Auf- und Fertigstellung eines Konfektionszahnes wird weiterhin durch das Verbot der Abrechnung der L-Nrn. 302 0, 303 0 und 362 0 innerhalb der Regelversorgung verhindert. Hierzu vertritt die KZBV die Auffassung, dass der zahnärztliche Auftraggeber im individuellen Fall die Entscheidung trifft, ob eine Rückenschutzplatte mit Kunststoff- oder Kompositmaterialien verblendet wird oder ein Konfektionszahn verarbeitet wird. Diese Entscheidung ist auch auf Grundlage des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu treffen. Eine Korrektur unter Beachtung der zahnärztlichen Verordnungskompetenz erscheint hier dringend notwendig, um wirtschaftliche Alternativen innerhalb der Regelversorgung zu ermöglichen.

208 2 Metallzahn, gegossen

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 208 2 ist bei ungünstigen Biss- und Okklusionsverhältnissen oder für die Versorgung von verengten Einzelzahnlücken oder über einem Sekundärteil eines Kugelknopfankers abrechenbar.

Neben der L-Nr. 208 2 sind die L-Nrn. 302 0, 303 0 und 362 0 für den Metallzahn nicht abrechenbar.

208 3 Metallkaufläche, gegossen

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 208 3 ist bei ungünstigen Biss- und Okklusionsverhältnissen oder über einem Sekundärteil eines Kugelknopfankers abrechenbar.

Neben der L-Nr. 208 3 sind die L-Nrn. 302 0, 303 0 und 362 0 für die Metallkaufläche nicht abrechenbar.

210 0 Lösungshilfe

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Gegossene Vorrichtung, die der Lösung eines Kombinationszähnersatzes durch den Patienten dient.

Eine gebogene Lösungshilfe für Kombinationszähnersatz ist nach L-Nr. 380 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde zum Zwecke der Konkretisierung aufgenommen. Zudem wurde klargestellt, dass nur gegossene Lösungshilfen unter dieser L-Nr. abrechenbar sind und gebogene Lösungshilfen nach L-Nr. 380 0 abrechnungsfähig sind.

211 0 Unterfütterbarer Abschlussrand

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 211 0 ist bei einer Totalprothese oder bei einer schleimhautgetragenen Deckprothese abrechenbar.

212 0 Zuschlag einzelne gegossene Klammer

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Klammer einzeln gegossen, ggf. einschließlich Duplikatmodell aus Einbettmasse.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 212 0 ist bei einer wiederherzustellenden Modellgussprothese je Prothese oder bei der Herstellung einer Kunststoffprothese mit gegossenen Halte- und/oder Stützelementen je Prothese einmal abrechenbar.

301 0 Aufstellung, Grundeinheit

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 301 0 ist als Grundeinheit für die Aufstellung von Konfektionszähnen auf Wachs- basis, Kunststoffbasis oder Metallbasis unter Verwendung eines Mittelwertartikulators abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Zudem wurde eine Verknüpfung mit der Verwendung eines Mittelwertartikulators. Eine solche Verknüpfung widerspricht den Grundsätzen der Abrechnung innerhalb des Festzuschussystems. Hiernach sind zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die bei den jeweiligen Befunden verzeichnet sind, nach BEMA und BEL-II abzurechnen. Nur Leistungen, die dort nicht enthalten sind, dürfen nach GOZ oder außerhalb des BEL-II abgerechnet werden. Die gewählte Formulierung führt hingegen dazu, dass für den Fall der Verwendung eines teil- oder volladjustierbaren Artikulators auch die Aufstellung einer Prothese nicht als Regelversorgungsleistung nach BEL-II abgerechnet werden kann. Zusätzlich wurde eine Inkonsequenz erzeugt, indem bei den L-Nrn. 302 0, 303 0 und 341 0 für die Aufstellung bzw. Übertragung je Zahn auf die Verknüpfung zu der Verwendung eines Mittelwertartikulators verzichtet wurde.

301 8 Aufstellung Grundeinheit bei ImplantatversorgungErläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 301 8 ist für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinie (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Die L-Nr. 301 8 ist als Grundeinheit für die Aufstellung von Konfektionszähnen auf Wachsbasis, Kunststoffbasis oder Metallbasis unter Verwendung eines Mittelwertartikulators abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Es wurde klargestellt, dass die Aufstellung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion in dem Ausnahmefall nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinien auch auf einer Metallbasis erfolgen kann. Diese Ergänzung basiert auf der von GKV-SV, VDZI und KZBV konsentierten Auffassung, nach der auch bei der Erneuerung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion ein Anspruch auf einen zusätzlichen Festzuschuss nach Befund Nr. 4.5. besteht, soweit die in der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 30 beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

Die damit einhergehenden Anpassungen der Tabelle „Mögliche Kombinationen der Befunde und Festzuschüsse“ (Befundklassen 1-4, Befunde 7.1, 7.2, 7.5) und der Abrechnungsbestimmungen zu BEMA-Z Nr. 98e sind erfolgt.

Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass bei der L-Nr. 302 8 die Aufstellung auf einer Metallbasis nicht aufgenommen wurde.

Zudem wurde eine Verknüpfung mit der Verwendung eines Mittelwertartikulators geschaffen. Eine solche Verknüpfung widerspricht den Grundsätzen der Abrechnung innerhalb des Festzuschuss-systems. Hiernach sind zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die bei den jeweiligen Befunden verzeichnet sind, nach BEMA und BEL-II abzurechnen. Nur Leistungen, die dort nicht enthalten sind, dürfen nach GOZ oder außerhalb des BEL-II abgerechnet werden. Die gewählte Formulierung führt hingegen dazu, dass für den Fall der Verwendung eines teil- oder voll-adjustierbaren Artikulators auch die Aufstellung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion in dem Ausnahmefall nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinien nicht nach BEL-II abgerechnet werden kann. Zusätzlich wurde eine Inkonsequenz erzeugt, indem bei der L-Nr. 302 8 für die Aufstellung je Zahn auf die Verknüpfung zu der Verwendung eines Mittelwertartikulators verzichtet wurde.

302 0 Aufstellen Wachs oder Kunststoff je ZahnErläuterung zum Leistungsinhalt

Aufstellung eines Konfektionszahnes auf Wachsbasis oder Kunststoffbasis.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 302 0 ist entsprechend der Zahl der aufgestellten konfektionierten Zähne abrechenbar.

L-Nr. 302 0 ist erneut abrechenbar, wenn eine weitere Bissnahme erforderlich ist.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Zudem wurde auf die unscharfe Diagnose „Insuffizienz des stomatognathen Systems“ verzichtet, die in einem zahntechnischen Leistungsverzeichnis ohnehin deplatziert war. Unklar ist weiterhin geblieben, ob die Formulierung „eine weitere Bissnahme“ dahingehend zu interpretieren ist, ob die Aufstellung nur **ein** weiteres Mal bei erneuter Relationsbestimmung abrechnungsfähig sein soll oder ob nach jeder erneuten Relationsbestimmung die Aufstellung (oder Umstellung) abrechnungsfähig sein soll. Die Vertragspartner des BEL-II sollten hierzu eine Klarstellung vornehmen.

302 8 Aufstellen Wachs- oder Kunststoff je Zahn bei Implantatversorgung

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Aufstellung eines Konfektionszahnes auf Wachs- oder Kunststoffbasis.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 302 8 ist für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinie (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Die L-Nr. 302 8 ist entsprechend der Zahl der aufgestellten konfektionierten Zähne abrechenbar.

L-Nr. 302 8 ist erneut abrechenbar, wenn eine weitere Bissnahme erforderlich ist.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Zudem wurde auf die unscharfe Diagnose „Insuffizienz des stomatognathen Systems“ verzichtet, die in einem zahntechnischen Leistungsverzeichnis ohnehin deplatziert war. Unklar ist weiterhin geblieben, ob die Formulierung „eine weitere Bissnahme“ dahingehend zu interpretieren ist, ob die Aufstellung nur **ein** weiteres Mal bei erneuter Relationsbestimmung abrechnungsfähig sein soll oder ob nach jeder erneuten Relationsbestimmung die Aufstellung (oder Umstellung) abrechnungsfähig sein soll. Die Vertragspartner des BEL-II sollten hierzu eine Klarstellung vornehmen.

303 0 Aufstellen Metall je Zahn

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Aufstellung eines Konfektionszahnes auf einer Metallbasis.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 303 0 ist entsprechend der Zahl der aufgestellten konfektionierten Zähne abrechenbar.

Die L-Nr. 303 0 ist erneut abrechenbar, wenn eine weitere Bissnahme erforderlich ist.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Zudem wurde auf die unscharfe Diagnose „Insuffizienz des stomatognathen Systems“ verzichtet, die in einem zahntechnischen Leistungsverzeichnis ohnehin deplatziert war. Unklar ist weiterhin geblieben, ob die Formulierung „eine weitere Bissnahme“ dahingehend zu interpretieren ist, ob die Aufstellung nur **ein** weiteres Mal bei erneuter Relationsbestimmung abrechnungsfähig sein soll oder ob nach jeder erneuten Relationsbestimmung die Aufstellung (oder Umstellung) abrechnungsfähig sein soll. Die Vertragspartner des BEL-II sollten hierzu eine Klarstellung vornehmen.

341 0 Übertragung je Zahn

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Übertragung einer auf einer Wachs- oder Kunststoffbasis erfolgten Aufstellung auf eine Metallbasis.

Erläuterungen zur Abrechnung

Neben der L-Nr. 341 0 ist für denselben Konfektionszahn die L-Nr. 303 0 nicht abrechenbar.

361 0 Fertigstellung GrundeinheitErläuterung zum Leistungsinhalt

Grundeinheit der Fertigstellung einer Prothese mit Kunststoff- oder Metallbasis unter Verwendung eines Mittelwertartikulators, einschließlich des ggf. notwendigen Abdeckens von Kiefertteilen und/oder des Vornehmens von Radierungen.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert. Zudem wurde eine Verknüpfung mit der Verwendung eines Mittelwertartikulators geschaffen. Eine solche Verknüpfung widerspricht den Grundsätzen der Abrechnung innerhalb des Festzuschusssystem. Hiernach sind zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die bei den jeweiligen Befunden verzeichnet sind, nach BEMA und BEL-II abzurechnen. Nur Leistungen, die dort nicht enthalten sind, dürfen nach GOZ oder außerhalb des BEL-II abgerechnet werden. Die gewählte Formulierung führt hingegen dazu, dass für den Fall der Verwendung eines teil- oder volladjustierbaren Artikulators auch die Fertigstellung einer Prothese nicht als Regelversorgungsleistung nach BEL-II abgerechnet werden kann. Zusätzlich wurde eine Inkonsistenz erzeugt, indem bei der L-Nr. 362 0 für die Fertigstellung je Zahn auf die Verknüpfung zu der Verwendung eines Mittelwertartikulators verzichtet wurde.

361 8 Fertigstellung Grundeinheit bei ImplantatversorgungErläuterung zum Leistungsinhalt

Grundeinheit der Fertigstellung einer Prothese mit Kunststoff- oder Metallbasis unter Verwendung eines Mittelwertartikulators, einschließlich des ggf. notwendigen Abdeckens von Kiefertteilen und/oder des Vornehmens von Radierungen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 361 8 ist für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinie (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert. Zudem wurde eine Verknüpfung mit der Verwendung eines Mittelwertartikulators geschaffen. Eine solche Verknüpfung widerspricht den Grundsätzen der Abrechnung innerhalb des Festzuschusssystem. Hiernach sind zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die bei den jeweiligen Befunden verzeichnet sind, nach BEMA und BEL-II abzurechnen. Nur Leistungen, die dort nicht enthalten sind, dürfen nach GOZ oder außerhalb des BEL-II abgerechnet werden. Die gewählte Formulierung führt hingegen dazu, dass für den Fall der Verwendung eines teil- oder volladjustierbaren Artikulators auch die Fertigstellung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion in dem Ausnahmefall nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinien nicht nach BEL-II abgerechnet werden kann. Zusätzlich wurde eine Inkonsistenz erzeugt, indem bei der L-Nr. 362 8 für die Fertigstellung je Zahn auf die Verknüpfung zu der Verwendung eines Mittelwertartikulators verzichtet wurde. Zudem wurde klargestellt, dass die Fertigstellung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion in dem Ausnahmefall nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinien auch auf einer Metallbasis erfolgen kann. Diese Ergänzung basiert auf der von GKV-SV, VDZI und KZBV konsentierten Auffassung, nach der auch bei der Erneuerung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion ein Anspruch auf einen zusätzlichen Festzuschuss nach Befund Nr. 4.5. besteht, soweit die in der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 30 beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

Die damit einhergehenden Anpassungen der Tabelle „Mögliche Kombinationen der Befunde und Festzuschüsse“ (Befundklassen 1-4, Befunde 7.1, 7.2, 7.5) und der Abrechnungsbestimmungen zu BEMA-Z Nr. 98e sind erfolgt.

L-Nr.	
362 0	<p>Fertigstellen je Zahn</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 362 0 ist entsprechend der Zahl der aufgestellten konfektionierten Zähne abrechenbar.</p>
362 8	<p>Fertigstellen je Zahn bei Implantatversorgung</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 362 8 ist für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinie (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.</p> <p>Die L-Nr. 362 8 ist entsprechend der Zahl der aufgestellten Konfektionszähne abrechenbar.</p>
380 0	<p>Einfache gebogene Halte- /Stützvorrichtung</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Hierzu zählen die Einarmige Klammer, Inlayklammer, Interdental-Knopfklammer, Approximalklammer, Bonyhardklammer ohne Auflage, gebogene Lösungshilfe für Kombinationszahnersatz.</p> <p><u>Hinweise der KZV Hessen</u> Die gebogene Auflage wurde aus dem Leistungsinhalt der L-Nr. 380 0 entfernt, da dieses Stützelement ggf. in Verbindung mit einer zahnärztlichen Leistung steht.</p>
380 5	<p>Gebogene Auflage</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Hierzu zählt die einfache gebogene Auflage (nicht Kralle).</p> <p><u>Erläuterung zur Abrechnung</u> Die Leistung war bisher unter der L-Nr. 380 0 verzeichnet.</p> <p><u>Hinweise der KZV Hessen</u> Zur ggf. erforderlichen Plausibilisierung der Abrechnung der Nr. 98f BEMA wird die L-Nr. 380 5 wieder separat ausgewiesen.</p> <p>Für die Erneuerung einer gebogenen Auflage ist die Nr. 98f BEMA – wie bisher – nicht abrechenbar.</p>

381 0 Sonstige gebogene Halte- und/oder StützvorrichtungErläuterung zum Leistungsinhalt

Hierzu zählen die Doppelarmklammer, Doppelarmklammer mit Auflage, Bonyhardklammer mit Gegenlager, Bonyhardklammer mit Gegenlager und Auflage, Überwurfklammer, Doppelbogenklammer mit Gegenlager, Doppelbogenklammer mit Gegenlager und Auflage.

Hinweise der KZV Hessen

In der L-Nr. 381 0 des BEL-II 2014 wurden folgende L-Nrn. des BEL-II-2006 zusammengefasst:

- 381 1 (Zweiarmige Klammer / Auflage)
- 381 2 (Bonyhardklammer / Auflage)
- 381 3 (Überwurfklammer)
- 381 4 (Doppelbogenklammer).

Auf die Differenzierung zwischen den einzelnen sonstigen gebogenen Halte- und Stützvorrichtungen wurde aus Gründen der Praktikabilität und nicht vollständig eindeutigen Abgrenzungen der einzelnen Klammerschaltungen, auch vor dem Hintergrund jeweils einheitlicher Bundesmittelpreise, verzichtet.

Die daraus resultierende Anpassung der Regelversorgung bei den zahntechnischen Leistungen einschließlich deren relativen Häufigkeiten bei den Befunden 3.1, 4.1, 4.3, 5.1, 5.3, 6.2, 6.3, 6.4, 6.4.1, 6.5 und 6.5.1 nach der Festzuschussrichtlinie wurde vom GBA-Plenum am 14.11.2013 beschlossen. Der Beschluss liegt dem BMG zur Nichtbeanstandung vor. Die KZBV geht von einer positiven Entscheidung des BMG aus.

Einzelheiten zur Anpassung der Regelversorgung sind dem Rundschreiben betreffend des Inkrafttretens des BEL-II 2014 zu entnehmen.

382 1 WeichkunststoffErläuterung zum Leistungsinhalt

Verarbeitung von Weichkunststoff bei der Herstellung oder Wiederherstellung der Basis einer Prothese, eines Basisteils einer Prothese oder bei der Herstellung eines Aufbissbehelfs.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 382 1 ist je Prothese oder je Aufbissbehelf einmal abrechenbar

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Der Zusatz „nur nach gesondertem Auftrag des Zahnarztes“ wurde gestrichen, da ohnehin alle zahntechnische Leistungen unter dem Vorbehalt eines zahnärztlichen Auftrages stehen.

382 2 SonderkunststoffErläuterung zum Leistungsinhalt

Verarbeitung von Sonderkunststoff bei der Herstellung oder Wiederherstellung einer Prothese, oder eines Aufbissbehelfs.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 382 2 ist nur bei zahnärztlicher Indikationsstellung abrechenbar.

Die L-Nr. 382 2 ist einmal je Prothese oder je Aufbissbehelf abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Der Zusatz „nur nach gesondertem Auftrag des Zahnarztes“ wurde gestrichen, da ohnehin alle zahntechnische Leistungen unter dem Vorbehalt eines zahnärztlichen Auftrages stehen.

383 0 Zahn zahnfarben hergestelltErläuterung zum Leistungsinhalt

Herstellen eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff oder Komposit.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 383 0 ist nur abrechnungsfähig, wenn aus anatomischen Gründen kein Konfektionszahn verwendbar ist.

Neben der L-Nr. 383 0 sind für denselben Zahn die L-Nrn. 302 0, 302 8, 303 0, 341 0 und 362 0 und 362 8 nicht abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Die bisherige Bestimmung „Für diesen Zahn ist eine Auf- und Fertigstellung nicht abrechenbar“ wurde mit den entsprechenden L-Nrn. hinterlegt.

384 0 Zahn zahnfarben hinterlegtErläuterung zum Leistungsinhalt

Hinterlegen eines Konfektionszahnes mit zahnfarbenem Kunststoff.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 384 0 ist im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4 abrechenbar.

401 0 Aufbissbehelf mit adjustierter OberflächeErläuterung zum Leistungsinhalt

Grundleistungen für die Herstellung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche unter Verwendung eines Mittelwertartikulators.

Hierzu zählen Aufbisschiene, Knirscherschiene und Bissführungsplatte.

Erläuterungen zur Abrechnung

Werden an einem Aufbissbehelf in zahnlosen Kieferabschnitten konfektionierte Zähne angebracht, sind die L-Nrn. 302 0 und 362 0, nicht jedoch die L-Nrn. 301 0 oder 361 0 abrechenbar. Sind Halte- und/oder Stützvorrichtungen sowie weitere Funktionsaufbisse erforderlich, können diese zusätzlich abgerechnet werden.

Hinweise der KZV Hessen

In der L-Nr. 401 0 des BEL-II 2014 wurden folgende L-Nrn. des BEL-II-2006 zusammengefasst:

- 401 1 (Aufbisschiene)
- 401 2 (Knirscherschiene)
- 401 3 (Bissführungsplatte)

Auf die Differenzierung zwischen den einzelnen Aufbissbehelfen mit adjustierter Oberfläche wurde aus Gründen der Praktikabilität und nicht vollständig eindeutigen Abgrenzungen der einzelnen Aufbissbehelfe, auch vor dem Hintergrund jeweils einheitlicher Bundesmittelpreise, verzichtet.

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert. Die Verknüpfung „unter Verwendung eines Mittelwertartikulators“ ist offensichtlich vor dem Hintergrund des gesetzlichen Leistungsausschlusses für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (§ 28 Abs. 2 SGB V) erfolgt. Aufbissbehelfe unterliegen zudem nicht den Regelungen, die für die Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen innerhalb des Festzuschussystems zu beachten sind.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Die zusätzliche Abrechnungsfähigkeit „weiterer Funktionsaufbisse“ wurde übernommen, jedoch bleibt weiterhin unklar, in welchen Fällen „weitere Funktionsaufbisse“ neben einer bereits leistungsgegenständlichen adjustierten Oberfläche abgerechnet werden können. Zudem wurde der Hinweis auf gegossene Metallkaufächen nicht übernommen, da Aufbissbehelfe mit gegossenen Funktionsflächen nicht der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzuordnen sind.

402 0 Aufbissbehelf ohne adjustierte OberflächeErläuterung zum Leistungsinhalt

Grundleistungen für die Herstellung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche. Hierzu zählen Miniplastschiene, Retentionsschiene und Verband-/Verschlussplatte.

Erläuterungen zur Abrechnung

Werden an einem Aufbissbehelf in zahnlosen Kieferabschnitten konfektionierte Zähne angebracht, sind die L-Nrn. 302 0 und 362 0, nicht jedoch die L-Nrn. 301 0 oder 361 0 abrechenbar. Sind Halte- und/oder Stützvorrichtungen erforderlich, können diese zusätzlich abgerechnet werden.

Hinweise der KZV Hessen

In der L-Nr. 402 0 des BEL-II 2014 wurden folgende L-Nrn. des BEL-II-2006 zusammengefasst:

- 402 1 (Miniplastschiene)
- 402 2 (Retentionsschiene)
- 402 3 (Verband- / Verschlussplatte)

Auf die Differenzierung zwischen den einzelnen Aufbissbehelfen ohne adjustierte Oberfläche wurde aus Gründen der Praktikabilität und nicht vollständig eindeutigen Abgrenzungen der einzelnen Aufbissbehelfe, auch vor dem Hintergrund jeweils einheitlicher Bundesmittelpreise, verzichtet.

403 0 Umarbeiten zum AufbissbehelfErläuterung zum Leistungsinhalt

- Prothese umarbeiten zum adjustierten Aufbissbehelf
- Adjustieren eines vorhandenen nichtadjustierten Aufbissbehelfs
- Neu adjustieren eines vorhandenen adjustierten Aufbissbehelfs

jeweils unter Verwendung eines Mittelwertartikulators.

Erläuterungen zur Abrechnung

Sind Halte- und/oder Stützvorrichtungen sowie weitere Funktionsaufbisse erforderlich, können diese zusätzlich abgerechnet werden.

Die L-Nr. 403 0 ist je Aufbissbehelf abrechenbar.

Erneuerungen und Erweiterungen von Prothesenzähnen an der zum Aufbissbehelf umgearbeiteten Prothese sind mit der L-Nr. 403 0 nicht abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde durch Nennung der Leistungsalternativen konkretisiert. Die Verknüpfung „unter Verwendung eines Mittelwertartikulators“ ist offensichtlich vor dem Hintergrund des gesetzlichen Leistungsausschlusses für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (§ 28 Abs. 2 SGB V) erfolgt. Aufbissbehelfe unterliegen zudem nicht den Regelungen, die für die Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen innerhalb des Festzuschussystems zu beachten sind.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Die zusätzliche Abrechnungsfähigkeit „weiterer Funktionsaufbisse“ wurde übernommen, jedoch bleibt weiterhin unklar, in welchen Fällen „weitere Funktionsaufbisse“ neben einer bereits leistungsgegenständlichen adjustierten Oberfläche abgerechnet werden können. Zudem wurde eine Abgrenzung zu festzuschussfähigen Wiederherstellungsleistungen an Prothesen aufgenommen, die nicht als Sachleistungen bei Kiefergelenkserkrankungen abrechnungsfähig sind.

404 0 Semipermanente Schiene aus Metall, je ZahnErläuterung zum Leistungsinhalt

Grundleistungen für die Herstellung einer gegossenen oder gebogenen semipermanenten Retentionsschiene als Retainer in der KFO.

Erläuterung zur Abrechnung

Die alleinige Verwendung von Drähten, auch verseilt, zur Herstellung einer Retentionsschiene erfüllt nicht den Leistungsinhalt der L-Nr. 404 0.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt stellt klar, dass diese L-Nr. nur im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden kann.

Die Erläuterungen zum Leistungsinhalt stellen klar, dass die alleinige Verwendung von Drähten, auch verseilt, nicht zur Abrechnungsfähigkeit dieser L-Nr. führt. Die bisherige Erwähnung des „Anfügens von Zähnen“ wurde im Hinblick auf die Einschränkung „als Retainer“ folgerichtig gestrichen.

501 0 Basen UKPSErläuterung zum Leistungsinhalt

Herstellung je einer Kunststoffbasis im Ober- und Unterkiefer mit horizontalen Stütz- und Gleitzonen aus Kunststoff.

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 501 0 ist je Unterkieferprotrusionsschiene einmal abrechenbar.

502 0 Vestibuläre Protrusionsschleifflächen UKPSErläuterung zum Leistungsinhalt

Einarbeiten von zwei vestibulären Protrusionsschleifflächen im Seitenzahnbereich mit parallelen Gleifflächen im Ober- und Unterkiefer.

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 502 0 ist je Unterkieferprotrusionsschiene zweimal abrechenbar.

510 0 Befestigungselement Protrusionselement UKPSErläuterung zum Leistungsinhalt

Einarbeiten eines individuellen oder konfektionierten Elements in eine Basis der Unterkieferprotrusionsschiene zur Aufnahme eines Protrusionselements.

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 510 0 ist je Unterkieferprotrusionsschiene bis zu viermal abrechenbar.

Die L-Nr. 510 0 ist auch für die Erneuerung eines Befestigungselements abrechenbar.

511 0 Montage Protrusionselement UKPSErläuterung zum Leistungsinhalt

Montage und Justierung eines konfektionierten Protrusionselements an bis zu zwei Befestigungselementen nach L-Nr. 510 0. Das Protrusionselement nach der L-Nr. 511 0 muss eine Justierung der Protrusion mindestens in Millimeterschritten ermöglichen.

Erläuterung zur Abrechnung

Die L-Nr. 511 0 ist je Unterkieferprotrusionsschiene bis zu zweimal abrechenbar.

Die L-Nr. 511 0 ist auch für die Erneuerung eines Befestigungselements abrechenbar.

L-Nr.	
520 0	<p>Befestigungselement Mundöffnungsbegrenzungselement UKPS</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Einarbeiten eines individuellen oder konfektionierten Befestigungselements zur Aufnahme eines Elements zur Begrenzung der Mundöffnung in die Basis einer Unterkieferprotrusionsschiene.</p> <p><u>Erläuterung zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 520 0 ist je Unterkieferprotrusionsschiene viermal abrechenbar. Die L-Nr. 520 0 ist auch für die Erneuerung eines Befestigungselements abrechenbar.</p>
521 0	<p>Einfaches gebogenes Halteelement UKPS</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung Unterkieferprotrusionsschiene.</p> <p><u>Erläuterung zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 521 0 ist auch für die Erneuerung dieses Halteelements abrechenbar.</p>
701 0	<p>Basis für Einzelkiefergerät</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Basis für Einzelkiefergerät aus Kunststoff oder Metall für verschiedene Arten kieferorthopädischer Apparaturen (z.B. Crozat-Gerät), einschließlich Radieren nach System und Abdecken von Kieferteilen.</p>
702 0	<p>Basis bimaxilläres Gerät</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Basis für bimaxilläres Gerät aus Kunststoff für verschiedene Arten kieferorthopädischer Apparaturen, auch elastisch, einschließlich Radieren nach System und Abdecken von Kieferteilen.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Bei horizontaler Teilung ist statt der L-Nr. 702 0 zweimal die L-Nr. 701 0 abrechenbar. Die L-Nr. 702 0 ist auch für einen individuell gefertigten Positioner abrechenbar.</p>
703 0	<p>Schiefe Ebene</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Basis aus Kunststoff und Herstellung einer schiefen Ebene.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Wird eine schiefe Ebene in Verbindung mit einer Basis für Einzelkiefergerät nach L-Nr. 701 0 gefertigt, so ist sie nicht nach L-Nr. 703 0, sondern nach L-Nr. 710 0 abrechenbar.</p>
704 0	<p>Vorhofplatte</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt:</u> Individuell gefertigte Mundvorhofplatte.</p>

L-Nr.	
705 0	<p>Kinnkappe</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Individuell gefertigte Kinnkappe für extraorale Verankerung in der Kieferorthopädie einschließlich Kinnmodell und Befestigungshaken.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 705 0 ist auch für die Versorgung von Traumata (Kieferbruch) abrechenbar.</p> <p><u>Hinweise der KZV Hessen</u> Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden eingefügt und stellen klar, dass neben den kieferorthopädischen Herstellungsanlässen auch für die Versorgung von Traumata die Kinnkappe nach L-Nr. 705 0 abrechnungsfähig ist.</p>
710 0	<p>Aufbiss</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Aufbiss, aus Hart- und/oder Weichkunststoff, auch als Vor- oder Rückbiss</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 710 0 ist einmal je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet abrechenbar.</p> <p><u>Hinweise der KZV Hessen</u> Bei den Erläuterungen zur Abrechnung wurde die an dieser Stelle nicht aufzunehmende Vorschrift hinsichtlich der L-Nr. 712 0 gestrichen. Der Regelungsinhalt wurde unter der L-Nr. 712 0 korrekt lokalisiert.</p>
711 0	<p>Abschirmelement</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Herstellung eines Abschirmelementes wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zungengitter - Kunststoffschild - Kunststoffpelotte <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 711 0 ist einmal je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet abrechenbar.</p>
712 1	<p>Weichkunststoff (KFO)</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Verarbeitung von Weichkunststoff bei der Herstellung oder Wiederherstellung eines Positioners, von Aufbissen oder von Abschirmelementen.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 712 1 ist je Kiefer einmal abrechenbar.</p> <p>Die L-Nr. 712 1 ist bei der Verwendung von elastischen Fertigteilen neben der L-Nr. 710 0 nicht abrechenbar.</p>

712 2 Sonderkunststoff (KFO)

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Verarbeitung von Sonderkunststoff bei der Herstellung oder Wiederherstellung eines KFO-Gerätes, FKO-Gerätes oder von Aufbissen und Abschirmelementen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 712 2 ist nur bei zahnärztlicher Indikationsstellung abrechenbar.

Die L-Nr. 712 2 ist für die Verarbeitung von Sonderkunststoff einmal je Kiefer abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die L-Nr. 712 2 des BEL-II 2014 wurde neu aufgenommen. Es wurde nicht zwischen den Erläuterungen zum Leistungsinhalt und zur Abrechnung differenziert.

Die Erläuterungen zum Leistungsinhalt wurden zum Zwecke der Konkretisierung aufgenommen. Eine Abrechnung der L-Nr. 382 2 darf bei kieferorthopädisch veranlassten Verwendung von Sonderkunststoffen, bei der Herstellung oder Wiederherstellung von KFO-Geräten, FKO-Geräten oder von Aufbissen und Abschirmelementen nicht mehr erfolgen, da nunmehr eine eigene L-Nr. im Teil KFO des Bel-II zur Verfügung steht.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden aufgenommen. Eine „zahnärztliche Indikationsstellung“ wird gesondert erwähnt, hiermit soll offensichtlich auf eine strenge Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes hingewirkt werden, da zahntechnische Leistungen ohnehin in jedem Einzelfall von einer zahnärztlichen Beauftragung abhängig sind.

720 0 Schraube einarbeiten

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Einarbeiten einer Standardschraube (z. B. Dehnschraube) in eine Basis

721 0 Spezial-Schraube einarbeiten

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Einarbeiten einer Spezial-Schraube in eine Basis

Als Spezial-Schrauben gelten z. B.

- Schrauben, deren Konstruktion ausschließlich Einzelzahnbewegung zulässt
- Schrauben zur gezielten Sektorenbewegung
- Schrauben für asymmetrische Bewegungen
- Schrauben zur Metallverbindung
- Reziproke Druck- und Zugschraube
- Sagittale Druck- oder Zugschraube
- Transversale Zugschraube

L-Nr.	
722 0	<p>Trennen einer Basis</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trennen einer Basis - Trennen einer Basis kompliziert - Trennen einer Basis ohne Schraube - Trennen einer Basis nach Instandsetzung oder Unterfütterung <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 722 0 ist je Trennung oder je Schraube nach L-Nrn. 720 0 und 721 0 einmal abrechenbar.</p>
730 0	<p>Labialbogen</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Intramaxillärer Labialbogen mit zwei Schlaufen</p>
731 0	<p>Labialbogen modifiziert</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Intramaxillärer Labialbogen mit mehr als zwei Schlaufen</p>
732 0	<p>Labialbogen intermaxillär</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Labialbogen mit Beziehung zum Gegenkiefer</p>
733 0	<p>Feder, offen</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Die L-Nr. 733 0 beinhaltet alle offenen Federn mit einer Retention wie z.B. Protrusionsfeder, Interdentalfeder, Feder gekreuzt, auch aktiver Dorn oder Sporn.</p>
734 0	<p>Feder, geschlossen</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Die L-Nr. 734 0 beinhaltet alle geschlossenen Federn mit zwei Retentionen wie z.B. Protrusionsbogen, Paddelfeder, auch Schlinge, Schlaufe.</p>
740 0	<p>Verbindungselement/intramaxillär</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Die L-Nr. 740 0 beinhaltet ein intramaxilläres Verbindungselement, wie z. B. Coffin-Feder, Transversalbügel, orthodontischer Lingual- oder Palatinalbogen, Verbindung zwischen Basisteilen.</p>

741 0 Verbindungselemente/intermaxillärErläuterung zum Leistungsinhalt

Die L-Nr. 741 0 beinhaltet Verbindungselemente wie z. B.

- U-Bügel
- Federbügel
- Doppelplattensteg

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 741 0 ist je Paar einmal abrechenbar.

Die Erneuerung eines Elementes ist nach der L-Nr. 863 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Bei den Erläuterungen zur Abrechnung wird auf die neue L-Nr. 863 0, die bei der Erneuerung eines Teils eines intermaxillären Verbindungs- oder Führungselementes abrechnungsfähig ist, verwiesen. Die unpraktikable Vorschrift, nach der „bei einer Erneuerung eines Elementes die Hälfte der Vergütung der L-Nr. 741 0 abrechenbar ist“ wurde damit überflüssig.

742 0 VerankerungselementErläuterung zum Leistungsinhalt

Ankerband oder Ankerkappe, individuell gefertigt

743 0 Einzelement einarbeitenErläuterung zum Leistungsinhalt

Einarbeiten eines Einzelementes wie z.B. eines Schlosses, eines Röhrchens, eines Lückenhalters oder Lückendehners.

744 0 Metallverbindung (KFO)Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 744 0 ist je Verbindungsstelle, auch bei Wiederherstellung und/oder Erweiterung, abrechenbar.

750 0 Einarmiges H-/A-ElementErläuterung zum Leistungsinhalt

Einarmiges Halteelement gebogen (Tropfen-, Ösen-, Dreiecksklammer, Pfeil-, Knopfanker, Crozat-Haltesporn) oder Abstützelement gebogen (Dorn, Auflage, Steg).

Erläuterungen zur Abrechnung

Wird ein Halte- oder Abstützelement hergestellt, welches nicht in der Erläuterung zum Leistungsinhalt der L-Nr. 750 0 benannt ist, ist dieses nach der L-Nr. 380 0 abzurechnen.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde durch eine abschließende Aufzählung der unter dieser L-Nr. abrechnungsfähigen einarmigen Halte- oder Abstützelemente konkretisiert.

Die Erläuterungen zur Abrechnung stellen klar, dass nur Halte- oder Abstützelemente, die nicht in der abschließenden Aufzählung in den Erläuterungen zum Leistungsinhalt enthalten sind, nach der L-Nr. 380 0 abrechnungsfähig sind.

751 0 Mehrarmiges H-/A- Element

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Mehrmarmiges Halteelement, gebogen (Adams-, Pfeil-, Voß-, Crozatklammer)

Erläuterungen zur Abrechnung

Wird ein mehrarmiges Halte- oder Abstützelement hergestellt, welches nicht mit der Erläuterung zum Leistungsinhalt der L-Nr. 751 0 benannt ist, ist dieses nach der L-Nr. 381 0 abzurechnen.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde durch eine abschließende Aufzählung der unter dieser L-Nr. abrechnungsfähigen mehrarmigen Halte- oder Abstützelemente konkretisiert.

Die Erläuterungen zur Abrechnung stellen klar, dass nur Halte- oder Abstützelemente, die nicht in der abschließenden Aufzählung in den Erläuterungen zum Leistungsinhalt enthalten sind, nach der L-Nr. 381 0 abrechnungsfähig sind.

801 0 Grundeinheit ZE

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Instandsetzung und/oder Erweiterung einer Prothese im Kunststoff- oder Metallbereich

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 801 0 ist als Grundeinheit einmal je Prothese in Verbindung mit den L-Nrn. 802 1 - 7, 160 0, 164 0 sowie 383 0 und 384 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Verhandlungspartner des BEL-II vertreten die Auffassung, dass die L-Nr. 801 0 des BEL-II auch dann abrechenbar ist, wenn eine Verblendung an einer Sekundärteleskopkrone oder -konuskronen erneuert wird und darüber hinaus keine weiteren Wiederherstellungsmaßnahmen an der Prothese erfolgen. Auf Grundlage dieser Auffassung erfolgten eine Neuberechnung der bei Festzuschuss-Befund Nr. 6.9. hinterlegten zahntechnischen Leistungen.

801 8 Grundeinheit für Instandsetzung ZE/implantatgestütztErläuterungen zum Leistungsinhalt

Instandsetzen und/oder Erweiterung einer Prothese im Kunststoff- oder Metallbereich.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 801 8 ist nur für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinien (Ausnahmefälle atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Die L-Nr. 801 8 ist als Grundeinheit einmal je Prothese in Verbindung mit den L-Nrn. 802 1, 802 2, 802 3 und 802 4 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert. Es wurde klargestellt, dass auch die Wiederherstellung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion mit Metallbasis in dem Ausnahmefall nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinien auch nach dieser L-Nr. erfolgen kann. Diese Klarstellung basiert auf der von GKV-SV, VDZI und KZBV konsentierten Auffassung, nach der auch bei der Erneuerung einer herausnehmbaren Suprakonstruktion ein Anspruch auf einen zusätzlichen Festzuschuss nach Befund Nr. 4.5. besteht, soweit die in der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 30 beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

Die damit einhergehenden Anpassungen der Tabelle „Mögliche Kombinationen der Befunde und Festzuschüsse“ (Befundklassen 1-4, Befunde 7.1, 7.2, 7.5) und der Abrechnungsbestimmungen zu BEMA-Z Nr. 98e sind erfolgt.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert. Weiterhin ist die L-Nr. 801 8 nur in Verbindung mit den L-Nrn. 802 1, 802 2, 802 3, oder 802 4 abrechnungsfähig. Die L-Nr. 802 7 wurde gestrichen, weil Metallverbindungen an Suprakonstruktionen nicht den Regelversorgungsleistungen zuzuordnen sind und mithin nicht nach BEL-II abzurechnen sind.

802 1 LE SprungErläuterung zum Leistungsinhalt

Sprung im Kunststoff/Metall beseitigen; auch bei KFO-Geräten

Erläuterungen zur Abrechnung

Leistungseinheit für eine zusammenhängende Sprunglinie

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden klarstellend aufgenommen. Für die Beseitigung von weiteren örtlich getrennten Sprunglinien kann diese L-Nr. je Sprunglinie abgerechnet werden.

802 2 LE BruchErläuterung zum Leistungsinhalt

Bruch im Kunststoff/Metall beseitigen, auch Drahtbruch KFO

Erläuterungen zur Abrechnung

Leistungseinheit je Bruch

802 3 LE Einarbeiten Zahn

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Wiederbefestigung, Erweiterung Zahn, auch Erneuerung, Herauslösen eines Konfektionszahnes

Erläuterungen zur Abrechnung

Leistungseinheit je Zahn

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde klarstellend aufgenommen. Mit der Formulierung „Herauslösen eines Konfektionszahnes“ wird ein fakultativer Leistungsbestandteil beschrieben. Die Erläuterungen zur Abrechnung stellen mit der Formulierung „... je Zahn“ klar, dass bei der Erneuerung eines Konfektionszahnes das vorhergehende Herauslösen des zu erneuernden Konfektionszahnes die L-Nr. nicht separat nach der L-Nr. 802 3 abrechnungsfähig ist.

802 4 LE Basisteil Kunststoff

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 802 4 kann für ein Basisteil Kunststoff nur berechnet werden, wenn an derselben Stelle keine andere Leistung erbracht wird.

Das Verkleiden der Retention ist Bestandteil der L-Nr. 802 3 „Einarbeiten Zahn“ oder L-Nr. 802 4 „Basisteil Kunststoff“ und daher als eigenständige Leistung an gleicher Stelle nicht abrechenbar.

Die L-Nr. 802 4 kann als Gegenlager einer einarmigen Klammer abrechnet werden.

Die L-Nr. 802 4 kann bei einer Erweiterung nach L-Nr. 802 3 für die Neugestaltung eines bukkalen Schildes nicht abgerechnet werden.

Die L-Nr. 802 4 ist für das Auffüllen einer Sekundärkrone nur dann abrechenbar, wenn eine Abformung zur Basiserweiterung erfolgt ist.

Sofern eine Unterfütterung notwendig ist, ist diese zusätzlich nach den L-Nrn. 808 0, 808 8, 809 0, 809 8, 810 0 und 810 8 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden um eine Klarstellung hinsichtlich der Kombinationsfähigkeit mit Unterfütterungen von Suprakonstruktionen nach den L-Nrn. 808 8, 809 8 und 810 8 ergänzt. Leider wurde versäumt, notwendige Klarstellungen hinsichtlich der Abrechnungshäufigkeit in einem zusammenhängenden Prothesenabschnitt vorzunehmen. Ungeklärt bleibt beispielsweise weiterhin, wie häufig diese L-Nr. für die Erweiterung eines palatinalen Basisteils bei einer ursprünglich „gaumenfreien“ Prothese abrechnungsfähig ist. Ebenso ungeklärt bleibt die Frage, in welchen Fällen die Erweiterung eines oder mehrerer Basisteile neben der vollständigen Unterfütterung einer Basis abrechnungsfähig ist.

Für notwendige Präzisierungen sind die Vertragspartner des BEL-II zuständig.

L-Nr.	
802 5	<p>LE Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten, gebogen, gegossen, auch bei Verwendung einer vorhandenen Vorrichtung.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 802 5 ist je Halte- und/ oder Stützvorrichtung abrechenbar.</p>
802 6	<p>LE Rückenschutzplatte einarbeiten</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Einarbeitung einer gegossenen Rückenschutzplatte nach L-Nr. 208 1 in Verbindung mit der Erweiterung oder Erneuerung eines Zahnes.</p>
802 7	<p>LE Kunststoffsaattel</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 802 7 ist je Saattel einmal abrechenbar.</p>
803 0	<p>Retention, gebogen</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Herstellung der gebogenen Retention, Einarbeiten und Metallverbindung</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 803 0 ist je Retention einmal abrechenbar.</p>
804 0	<p>Retention, gegossen</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Herstellung der Retention, Einarbeiten und Metallverbindung, ggf. einschließlich eines Duplikatmodells aus Einbettmasse.</p> <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 804 0 ist je Retention einmal abrechenbar.</p>
806 0	<p>Gegossenes Basisteil</p> <p><u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Die L-Nr. 806 0 beinhaltet</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Herstellung eines gegossenen Basisteiles zur Erweiterung einer vorhandenen Basis sowie das Einarbeiten und die Metallverbindung ggf. einschließlich eines Duplikatmodells aus Einbettmasse <p><u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 806 0 ist je Basisteil abrechenbar.</p> <p>Neben der L-Nr. 806 0 ist die L-Nr. 201 0 nicht abrechenbar.</p>

807 0 Metallverbindung bei Instandsetzung/ErweiterungErläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 807 0 ist nicht zusätzlich zu den L-Nrn. 803 0, 804 0 und 806 0 abrechenbar.

Die für L-Nr. 807 0 anfallenden Kosten für Lotmaterial können nach § 2 Punkt 4 der Einleitenden Bestimmungen zu 75 % abgerechnet werden.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden durch die mögliche Abrechnung von Materialkosten wesentlich erweitert.

Die im Zusammenhang mit dieser L-Nr. anfallenden Kosten für Lotmaterialien sind gemäß § 2 Abs. 4 der Einleitenden Bestimmung zu 75 % abrechnungsfähig. Mit dieser Formulierung wird unzweifelhaft geregelt, dass Kosten für Lotmaterialien nur dann abrechnungsfähig sind, wenn auch die Metallverbindung nach L-Nr. 807 0 separat abrechnungsfähig ist: Damit sind keine Kosten für Lotmaterialien in den typischen Fällen der Zahnerweiterungen mit gebogenen und gegossenen Retentionen oder bei der Erweiterung eines gegossenen Basisteils abrechnungsfähig.

Achtung!

Die Abrechnungsfähigkeit des Lotmaterials entspricht dem Ergebnis der Verhandlungen vor dem Bundesschiedsamt für die zahntechnische Versorgung am 06.12.2012.

Die KZBV hat wiederholt darauf hingewiesen, dass eine Berechnung von 75 % der tatsächlich entstandenen Kosten unpraktikabel und keinesfalls geeignet ist, die an anderer Stelle erklärten Ziele der „Klarheit und Transparenz“ zu erreichen. Es ist mithin offenzulegen, in welcher Höhe ein (pauschalierter) Kostenanteil für Lotmaterialien in der L-Nr. 807 0 BEL-II 2014 verbleibt.

Unklar bleibt auch die Berechnungsfähigkeit von Materialien bei der Anwendung eines Laserschweißverfahrens, das begrifflich nicht einem „Lötvorgang“ gleichzusetzen ist. Die Frage der Abrechnungsfähigkeit auch solcher Materialien ist von den Vertragspartnern des BEL-II zu klären.

808 0 Teilunterfütterung einer BasisErläuterung zum Leistungsinhalt

Basisteil unterfüttern, ggf. einschließlich Sicherung von vorhandenen Verbindungselementen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 808 0 ist je Prothese oder KFO/ FKO-Basis einmal abrechenbar.

Die L-Nr. 808 0 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. 801 0, 802 1 – 802 7, 861 0, 862 0 und 863 0.

Für die Fixierung der Bisslage mit einem zweiten Modell und dem Einstellen in einen Fixator, sind die L-Nrn. 001 0 und 011 2, nicht jedoch nach L-Nr. 012 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die bisherigen Erläuterungen zur Abrechnung wurden inhaltlich unverändert übernommen. Die Formulierung „Die L-Nrn. 808 0 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. ...“ ist wie bisher überflüssig und soll offensichtlich sicherstellen, dass bei zeitgleicher Durchführung einer Teilunterfütterung und anderen Wiederherstellungsmaßnahmen, diese als Einzelleistungen abrechnungsfähig sind und insbesondere kein Ausschluss für die „Grundeinheiten“ nach den L-Nrn. 801 0 und 861 0 besteht. Zudem wurde eine Klarstellung hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeiten der L-Nrn. 001 0 und 011 2 aufgenommen, die aber bereits den Formulierungen zu diesen L-Nrn. entspricht.

808 5 Teilunterfütterung Basis UKPS

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Teilweise Unterfütterung einer Basis einer Unterkieferprotrusionsschiene, ggf. einschließlich Sicherung von Protrusions-, Stütz- und Halteelementen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 808 5 ist einmal je Basis bei einer Unterkieferprotrusionsschiene abrechenbar. Für die Sicherung des Protrusionsgrads mit einem zweiten Modell sind die L-Nrn. 001 5 (Modell) und 011 5 (Fixator) abrechenbar, die L-Nr. 012 5 (Mittelwertartikulator) ist nicht abrechenbar.

808 8 Teilunterfütterung/implantatgestützt

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Basisteil unterfüttern, ggf. einschließlich Sicherung von vorhandenen Verbindungselementen

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 808 8 ist für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinie (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Die L-Nr. 808 8 ist je Prothese einmal abrechenbar.

Die L-Nr. 808 8 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. 801 8, 802 1 – 802 7.

Für die Fixierung der Bisslage mit einem zweiten Modell und dem Einstellen in einen Fixator, sind die L-Nrn. 001 8 und 011 2, nicht jedoch L-Nr. 012 8 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die bisherigen Erläuterungen zur Abrechnung wurden inhaltlich unverändert übernommen. Die Formulierung „Die L-Nrn. 808 0 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. ...“ ist wie bisher überflüssig und soll offensichtlich sicherstellen, dass bei zeitgleicher Durchführung einer Teilunterfütterung und anderen Wiederherstellungsmaßnahmen, diese als Einzelleistungen abrechnungsfähig sind und insbesondere kein Ausschluss für die „Grundeinheit“ nach der L-Nr. 801 8 besteht. Zudem wurde eine Klarstellung hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeiten der L-Nrn. 001 8 und 011 2 aufgenommen, die aber bereits den Formulierungen zu diesen L-Nrn. entspricht.

809 0 Vollständige UnterfütterungErläuterung zum Leistungsinhalt

Basis unterfüttern (bei Basis FKO-Gerät, je Kiefer)

Basis unterfüttern mit funktioneller Randgestaltung

ggf. einschließlich Sicherung von vorhandenen Verbindungselementen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 809 0 ist je Prothese und KFO-Basis einmal abrechenbar, bei bimaxillärem Gerät je Kiefer.

Die L-Nr. 809 0 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. 801 0, 802 1 - 802 7, 861 0, 862 0 und 863 0.

Für die Fixierung der Bisslage mit einem zweiten Modell und dem Einstellen in einen Fixator, sind die L-Nrn. 001 0 und 011 2, nicht jedoch L-Nr. 012 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die bisherigen Erläuterungen zur Abrechnung wurden inhaltlich unverändert übernommen. Die Formulierung „Die L-Nrn. 809 0 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. ...“ ist wie bisher überflüssig und soll offensichtlich sicherstellen, dass bei zeitgleicher Durchführung einer vollständigen Unterfütterung und anderen Wiederherstellungsmaßnahmen, diese als Einzelleistungen abrechnungsfähig sind und insbesondere kein Ausschluss für die „Grundeinheiten“ nach den L-Nrn. 801 0 und 861 0 besteht. Zudem wurde eine Klarstellung hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeiten der L-Nrn. 001 0 und 011 2 aufgenommen, die aber bereits den Formulierungen zu diesen L-Nrn. entspricht.

809 8 Vollst. Unterfütterung/implantatgestütztErläuterung zum Leistungsinhalt

Basis unterfüttern

Basis unterfüttern mit funktioneller Randgestaltung

ggf. einschließlich Sicherung von vorhandenen Verbindungselementen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 809 8 ist je Prothese einmal abrechenbar.

Die L-Nr. 809 8 ist für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinie (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Die L-Nr. 809 8 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. 801 8, 802 1 – 802 7.

Für die Fixierung der Bisslage mit einem zweiten Modell und dem Einstellen in einen Fixator, sind die L-Nrn. 001 8 und 011 2, nicht jedoch nach L-Nr. 012 8 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die bisherigen Erläuterungen zur Abrechnung wurden inhaltlich unverändert übernommen. Die Formulierung „Die L-Nrn. 809 8 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. ...“ ist wie bisher überflüssig und soll offensichtlich sicherstellen, dass bei zeitgleicher Durchführung einer vollständigen Unterfütterung und anderen Wiederherstellungsmaßnahmen, diese als Einzelleistungen abrechnungsfähig sind und insbesondere kein Ausschluss für die „Grundeinheit“ nach der L-Nr. 801 8 besteht. Zudem wurde eine Klarstellung hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeiten der L-Nrn. 001 8 und 011 2 aufgenommen, die aber bereits den Formulierungen zu diesen L-Nrn. entspricht.

810 0 Prothesenbasis erneuern

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Die L-Nr. 810 0 beinhaltet die vollständige Entfernung und Erneuerung der Kunststoffbasis bei Erhaltung des Zahnkranzes sowie ggf. einschließlich Sicherung von vorhandenen Verbindungselementen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 810 0 ist je Prothese einmal abrechenbar.

Die L-Nr. 810 0 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. 801 0, 802 1 – 802 7.

Für die Fixierung der Bisslage mit einem zweiten Modell und dem Einstellen in einen Fixator, sind die L-Nrn. 001 0 und 011 2, nicht jedoch nach L-Nr. 012 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde klarstellend aufgenommen, hierin sind auch Kriterien benannt, die eine Abgrenzung zu einer Unterfütterung ermöglichen.

Die bisherigen Erläuterungen zur Abrechnung wurden inhaltlich unverändert übernommen. Die Formulierung „Die L-Nrn. 810 0 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. ...“ ist wie bisher überflüssig und soll offensichtlich sicherstellen, dass bei zeitgleicher Durchführung einer Erneuerung der Prothesenbasis und anderen Wiederherstellungsmaßnahmen, diese als Einzelleistungen abrechnungsfähig sind und insbesondere kein Ausschluss für die „Grundeinheit“ nach der L-Nr. 801 0 besteht. Zudem wurde eine Klarstellung hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeiten der L-Nrn. 001 0 und 011 2 aufgenommen, die aber bereits den Formulierungen zu diesen L-Nrn. entspricht.

810 8 Prothesenbasis erneuern/Implantatversorgung

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Die L-Nr. 810 8 beinhaltet die vollständige Entfernung und Erneuerung der Kunststoffbasis bei Erhaltung des Zahnkranzes sowie ggf. einschließlich Sicherung von vorhandenen Verbindungselementen.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 810 8 ist je Prothese einmal abrechenbar.

Die L-Nr. 810 8 ist für eine Versorgung nach Nr. 36 b der Zahnersatz-Richtlinien (atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Die L-Nr. 810 8 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. 801 8, 802 1 – 802 7.

Für die Fixierung der Bisslage mit einem zweiten Modell und dem Einstellen in einen Fixator, sind die L-Nrn. 001 8 und 011 2, nicht jedoch nach L-Nr. 012 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde klarstellend aufgenommen, hierin sind auch Kriterien benannt, die eine Abgrenzung zu einer Unterfütterung ermöglichen.

Die bisherigen Erläuterungen zur Abrechnung wurden inhaltlich unverändert übernommen. Die Formulierung „Die L-Nrn. 810 8 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. ...“ ist wie bisher überflüssig und soll offensichtlich sicherstellen, dass bei zeitgleicher Durchführung einer Erneuerung der Prothesenbasis und anderen Wiederherstellungsmaßnahmen, diese als Einzelleistungen abrechnungsfähig sind und insbesondere kein Ausschluss für die „Grundeinheit“ nach der L-Nr. 801 8 besteht. Zudem wurde eine Klarstellung hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeiten der L-Nrn. 001 8 und 011 2 aufgenommen, die aber bereits den Formulierungen zu diesen L-Nrn. entspricht.

813 0 Auswechseln Konfektionsteil

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Einschrauben eines Sekundärteils eines konfektionierten Kugelknopfankers, ggf. einschl. des Entfernens des defekten Sekundärteils.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde unter Berücksichtigung des einzigen Konfektionsteils eines Verbindungselements im Rahmen der Regelversorgung (Kugelknopfanker auf Wurzelstiftkappe) konkretisiert.

820 0 Instandsetzung Krone/Flügel/Brückenglied

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Instandsetzungsmaßnahmen im Metallbereich bei einer Krone-, einer teleskopierenden Krone oder eines Brückengliedes wie z.B.

- Trennspalt schließen,
- Kronenrand verlängern
- Bruch oder Riss beseitigen,
- Kontaktpunkt wiederherstellen,
- Vorbereitung der Metallfläche zur Aufnahme einer neuen Verblendung bei Instandsetzungsmaßnahmen im Metallbereich

ggf. einschließlich Fügung vorbereiten oder Keramikverblendung trocknen

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 820 0 ist je Maßnahme an einer Krone/Flügel, teleskopierenden Krone oder einem Brückenglied abrechenbar.

Die L-Nr. 807 0 und ggf. die Erneuerung der Verblendung ist zusätzlich abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert. Unverzichtbarer Bestandteil der Leistungserbringung ist wie bisher eine Instandsetzungsmaßnahme im Metallbereich. Die in Betracht kommenden Anlässe wurden exemplarisch benannt. Auch die Vorbereitung der Metallfläche zur Aufnahme einer neuen Verblendung setzt Instandsetzungsmaßnahmen im Metallbereich voraus, dies könnte beispielsweise durch das Aufbringen von Retentionen erfüllt sein.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert durch den Zusatz „je Maßnahme“. Damit wird sichergestellt, dass bei mehreren Wiederherstellungsleistungen diese L-Nr. auch mehrfach je Krone, je teleskopierender Krone oder je Brückenglied abrechnungs-fähig ist.

820 8 Instandsetzung Krone/implantatgestütztErläuterung zum Leistungsinhalt

Instandsetzungsmaßnahmen im Metallbereich bei einer Krone wie z. B.

- Trennspalt schließen,
- Kronenrand verlängern,
- Bruch oder Riss beseitigen,
- Kontaktpunkt wiederherstellen,
- Vorbereitung der Metallfläche zur Aufnahme einer neuen Verblendung bei Instandsetzungsmaßnahmen im Metallbereich

ggf. einschließlich Fügung vorbereiten oder Keramikverblendung trocknen

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 820 8 ist für eine Versorgung nach Nr. 36 a der Zahnersatz-Richtlinie (Ausnahmefälle Einzelzahnücke) abrechenbar.

Die L-Nr. 820 8 ist je Maßnahme an einer Krone abrechenbar.

Die L-Nr. 807 0 und ggf. die Erneuerung der Verblendung ist zusätzlich abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert. Unverzichtbarer Bestandteil der Leistungserbringung ist wie bisher eine Instandsetzungsmaßnahme im Metallbereich. Die in Betracht kommenden Anlässe wurden exemplarisch benannt. Auch die Vorbereitung der Metallfläche zur Aufnahme einer neuen Verblendung setzt Instandsetzungsmaßnahmen im Metallbereich voraus, dies könnte beispielsweise durch das Aufbringen von Retentionen erfüllt sein.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert und um den Zusatz „je Maßnahme“ ergänzt. Damit wird sichergestellt, dass bei mehreren Wiederherstellungsleistungen diese L-Nr. auch mehrfach je implantatgetragener Krone, abrechnungsfähig ist

850 0 Grundeinheit Instandsetzung / Erweiterung UKPSErläuterung zum Leistungsinhalt

Grundeinheit für die Instandsetzung und/oder Erweiterung einer Unterkieferprotrusionsschiene

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 850 0 ist in Verbindung mit den L-Nrn.

- 510 0 (Befestigungselement / Protrusionselement / UKPS),
- 511 0 (Protrusionselement / UKPS),
- 520 0 (Befestigungselement Mundöffnungsbegrenzung / UKPS),
- 521 0 (Einfaches gebogenes Halteelement / UKPS),
- 851 1 (Erneuerung Basis / UKPS),
- 851 2 LE Sprung / Bruch UKPS),
- 851 3 (LE Basisteil Kunststoff / UKPS),
- 851 4 (LE Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten / UKPS)

einmal je Unterkieferprotrusionsschiene abrechenbar.

L-Nr.	
851 1	LE Erneuerung Basis UKPS
	<u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Erneuerung einer Kunststoffbasis im Ober- oder Unterkiefer mit horizontalen Stütz- und Gleitzonen aus Kunststoff
	<u>Erläuterungen zur Abrechnung</u>
851 2	LE Sprung/Bruch UKPS
	<u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Sprung oder Bruch an einer Unterkieferprotrusionsschienen-Basis im Kunststoff beseitigen.
	<u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 851 2 ist je zusammenhängende Sprunglinie und/oder je Bruch einmal abrechenbar.
851 3	LE Basisteil Kunststoff UKPS
	<u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u>
	<u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 851 3 kann nur berechnet werden, wenn an derselben Stelle keine andere Leistung erbracht wird. Sofern eine Teilunterfütterung notwendig ist, ist diese zusätzlich nach der L-Nr.808 5 abrechenbar.
851 4	LE Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten UKPS
	<u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten, auch bei Verwendung einer vorhandenen Vorrichtung.
	<u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 851 4 ist je Halte- und/oder Stützvorrichtung abrechenbar.
861 0	Grundeinheit/Instands. KFO oder Aufbissbehelf
	<u>Erläuterung zum Leistungsinhalt</u> Grundeinheit, Instandsetzung und/oder, Erweiterung eines KFO/FKO-Gerätes Grundeinheit, Instandsetzung und/oder, Erweiterung eines Aufbissbehelfs
	<u>Erläuterungen zur Abrechnung</u> Die L-Nr. 861 0 ist als Grundeinheit einmal je KFO/FKO-Gerät oder Aufbissbehelf in Verbindung mit L-Nrn. 862 0, 863 0, 802 1, 802 2, 802 3 und 802 4 abrechenbar.
	<u>Hinweise der KZV Hessen</u> Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde präzisiert, weiterhin ist diese Leistung nur im Rahmen der Wiederherstellung von kieferorthopädischen Geräten oder von Aufbissbehelfen zu erbringen.

862 0 LE Einfügen Regulierungs-oder HalteelementErläuterung zum Leistungsinhalt

Einfügen eines neuen Elementes, z. B. Dehn- Halte- Regulierungs-, Abstütz- oder Abschirmelements oder eines Aufbisses, ggf. einschließlich des HerauslöSENS des defekten Elementes

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 862 0 ist je eingefügtem Element einmal abrechenbar, dies gilt auch für Halte- und Stützelemente, die nach den L-Nrn. 380 0 und 381 0 abrechenbar sind.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden präzisiert.

Es wurde klargestellt, dass für das Einarbeiten von Halte- und Stützelementen nach den L-Nrn. 380 0 und 380 1 in den Leistungsbereichen KFO und KB/KG anstatt L-Nr. 802 5 die L-Nr. 862 0 abrechenbar ist.

863 0 LE Erneuerung eines Elementes/intermaxillärErläuterung zum Leistungsinhalt

Erneuerung eines Elementes bei der Instandsetzung eines intermaxillären Verbindungs- oder Führungselementes

Hinweise der KZV Hessen

Die L-Nr. 863 0 BEL-II 2014 wurde aufgenommen und ersetzt die bisherige unpraktikable Vorschrift bei der L-Nr. 741 0, nach der „bei einer Erneuerung eines Elementes die Hälfte der Vergütung der L-Nr. 741 0 abrechenbar ist“.

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt stellt klar, dass die L-Nr. 863 0 bei der Erneuerung eines Teils eines intermaxillären Verbindungs- oder Führungselementes abrechnungsfähig ist.

864 0 KFO-Basis erneuernErläuterung zum Leistungsinhalt

Die L-Nr. 864 0 beinhaltet die vollständige Entfernung und Erneuerung der Kunststoffbasis bei Erhaltung der herausgelösten Halte-, Dehn- und Regulierungselemente.

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 864 0 ist je KFO-Basis einmal abrechenbar.

Die L-Nr. 864 0 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nr. 861 0, 862 0 und 863 0.

Für die Fixierung der Bisslage mit einem zweiten Modell und dem Einstellen in einen Fixator, sind die L-Nrn. 001 0 und 011 2, nicht jedoch nach L-Nr. 012 0 abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die L-Nr. 864 0 BEL-II 2014 ersetzt aus systematischen Gründen die bisherige L-Nr. 811 0 BEL-II 2006.

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde klarstellend aufgenommen, hierin sind auch Kriterien benannt, die eine Abgrenzung zu einer Unterfütterung nach L-Nr. 809 0 ermöglichen.

Die bisherigen Erläuterungen zur Abrechnung wurden inhaltlich unverändert übernommen. Die Formulierung „Die L-Nrn. 864 0 ist keine Instandsetzung im Sinne der L-Nrn. ...“ ist wie bisher überflüssig und soll offensichtlich sicherstellen, dass bei zeitgleicher Durchführung einer Erneuerung der „KFO-Basis“ und anderen Wiederherstellungsmaßnahmen, diese als Einzelleistungen abrechnungsfähig sind und insbesondere kein Ausschluss für die „Grundeinheit“ nach der L-Nr. 861 0 besteht. Zudem wurde eine Klarstellung hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeiten der L-Nrn. 001 0 und 011 2 aufgenommen, die aber bereits den Formulierungen zu diesen L-Nrn. entspricht.

870 0 Remontieren KFO-Gerät

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Remontage eines kieferorthopädischen Gerätes z.B. Crozat, Retainer, Quad-Helix

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 870 0 ist je remontiertem kieferorthopädischen Gerät einmal abrechenbar.

Hinweise der KZV Hessen

Die L-Nr. 870 0 BEL-II 2014 ersetzt aus systematischen Gründen die bisherige L-Nr. 770 0 BEL-II 2006.

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt wurde unter exemplarischer Angabe der remontierbaren Geräte aufgenommen.

933 0 Versandkosten

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Abgeltung von Auslagen für Versand, wie z.B.

- Versand durch Laborboten, je Versandgang
- Versand durch Kurier, je Versandgang
- Versand durch Paketdienst

Erläuterungen zur Abrechnung

Die Versandkosten sind pauschal abzurechnen. Zur Bestimmung der Pauschale ist das Prinzip der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (§12 SGB V) zu beachten.

Die L-Nr. 933 0 kann nicht für Leistungen, die in Praxislaboratorien erbracht werden, abgerechnet werden.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt konkretisiert die Versandarten, für die diese L-Nr. abrechnungsfähig ist. Hierdurch wird klargestellt, dass auch die Kosten für Kurier- und Paketdienste (z.B. Post) nur im Rahmen der L-Nr. 933 0 abgegolten werden können.

Die Erläuterungen zur Abrechnung enthalten eine Klarstellung, nach der diese L-Nr. nicht für Praxislabor abrechnungsfähig ist. Die Formulierung hinsichtlich der Bestimmung der Pauschale hat keine abrechnungstechnische Relevanz und ist an dieser Stelle deplatziert. Allenfalls kann daraus abgeleitet werden, dass die Vertragspartner gemeinsam die Auffassung vertreten, dass eine kostenadäquate Kalkulation dieser L-Nr. nicht erfolgt ist.

933 5 Versandkosten UKPS

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Abgeltung von Auslagen für Versand, wie z.B.

- Versand durch Laborboten, je Versandgang
- Versand durch Kurier, je Versandgang
- Versand durch Paketdienst für die Herstellung einer Unterkieferprotrusionsschiene

Erläuterungen zur Abrechnung

Die Versandkosten sind pauschal abzurechnen.

Zur Bestimmung der Pauschale ist das Prinzip der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (§12 SGB V) zu beachten.

Die L-Nr. 933 5 kann nicht für Leistungen, die in Praxislaboratorien erbracht werden, abgerechnet werden.

933 8 Versandkosten bei ImplantatversorgungErläuterung zum Leistungsinhalt

Abgeltung von Auslagen für Versand, wie z.B.

- Versand durch Laborboten, je Versandgang
- Versand durch Kurier, je Versandgang
- Versand durch Paketdienst

Erläuterungen zur Abrechnung

Die L-Nr. 933 8 ist bei einer Versorgung nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinie (Ausnahmefälle zahnbegrenzte Einzelzahnücke /atrophierter zahnloser Kiefer) abrechenbar.

Die Versandkosten sind pauschal abzurechnen. Zur Bestimmung der Pauschale ist das Prinzip der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (§12 SGB V) zu beachten.

Die L-Nr. 933 8 kann nicht für Leistungen, die in Praxislaboratorien erbracht werden, abgerechnet werden.

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterung zum Leistungsinhalt konkretisiert die Versandarten, für die diese L-Nr. abrechnungsfähig ist. Hierdurch wird klargestellt, dass auch die Kosten für Kurier- und Paketdienste (z.B. Post) nur im Rahmen der L-Nr. 933 8 abgegolten werden können.

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden ergänzt um eine Klarstellung, nach der diese L-Nr. nicht für Praxislabor abrechnungsfähig ist. Die Formulierung hinsichtlich der Bestimmung der Pauschale hat keine abrechnungstechnische Relevanz und ist an dieser Stelle deplatziert. Allenfalls kann daraus abgeleitet werden, dass die Vertragspartner gemeinsam die Auffassung vertreten, dass eine kostenadäquate Kalkulation dieser L-Nr. nicht erfolgt ist.

970 0 Verarbeitungsaufwand NEM-LegierungErläuterungen zur Abrechnung

Abrechenbar je

- Übertragungskappe (L-Nr. 024 0)
- Wurzelstiftkappe (L-Nr. 101 3)
- Vollkrone/Metall (L-Nr. 102 1)
- Teilkrone (L-Nr. 102 2)
- Flügel für Adhäsivbrücke (L-Nr. 102 3)
- Krone für vestibuläre Verblendung (L-Nr. 102 4)
- Vollkrone/Metall bei Implantatversorgung (L-Nr. 102 6)
- Krone für vestibuläre Verblendung bei Implantatversorgung (L-Nr. 102 8)
- Angelieferte Modellation für Stiftaufbau gießen (L-Nr. 104 0)
- Stiftaufbau (L-Nr. 105 0)
- Brückenglied, Metall (L-Nr. 110 0)
- Primärteil einer teleskopierenden Krone (L-Nr. 120 0)
- Sekundärteil einer teleskopierenden Krone (L-Nr. 120 0)
- Primär- oder Sekundärteil einer teleskopierenden Krone (L-Nr. 120 1)
- Individuelle Verbindungsvorrichtung (L-Nr. 133 1)

Hinweise der KZV Hessen

Die Erläuterungen zur Abrechnung wurden inhaltlich unverändert übernommen, jedoch ergänzt um die Abrechnungsfähigkeit für den Fall der Herstellung einer Übertragungskappe nach L-Nr. 024 0. Bislang ist eine Anpassung der durchschnittlichen Kosten einer Regelversorgung bei den relevanten Befunden nicht erfolgt.

**Festsetzung der Höhe der auf die Regelversorgung
ab 01.01.2025 entfallenden Beträge
gemäß § 56 Abs. 4 SGB V**

Befunde		Festzuschüsse in €			
		60 % (ohne Bonus)	70 % (Bonus 1)	75 % (Bonus 2)	100 % (Härtefall)
1.	Erhaltungswürdiger Zahn				
1.1	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn	229,25	267,46	286,57	382,09
1.2	Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschubstanz, je Zahn	262,97	306,80	328,72	438,29
1.3	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)	78,26	91,31	97,83	130,44
1.4	Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	47,83	55,80	59,78	79,71
1.5	Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	144,07	168,08	180,08	240,11
2.	<p>Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freiendsituation vorliegt (Lückensituation I)</p> <p>Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freiendsituation aus. Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist. Soweit Zahn 7 einseitig oder beidseitig fehlt und hierfür keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, liegt keine Freiendsituation vor. Auch nicht versorgungsbedürftige Freiendsituationen werden für die Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne je Kiefer berücksichtigt. Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen.</p> <p>Für lückenangrenzende Zähne nach den Befunden von Nr. 2 sind Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das Gleiche gilt bei einer Versorgung mit Freiendbrücken für den Pfeilerzahn, der an den lückenangrenzenden Pfeilerzahn angrenzt.</p>				
2.1	<p>Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke</p> <p>Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.</p>	529,97	618,30	662,47	883,29

Befunde		Festzuschüsse in €			
		60 % (ohne Bonus)	70 % (Bonus 1)	75 % (Bonus 2)	100 % (Härtefall)
2.2	Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar. Protokollnotiz: Adhäsivbrücken mit Metallgerüst im Frontzahnbereich bei Versicherten, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, gelten als gleichartige Versorgung.	604,56	705,32	755,70	1.007,60
2.3	Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	675,02	787,53	843,78	1.125,04
2.4	Frontzahnlücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	739,73	863,02	924,67	1.232,89
2.5	An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn	293,93	342,92	367,42	489,89
2.6	Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke	216,86	253,01	271,08	361,44
2.7	Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15 - 25 und 34 - 44), je Verblendung für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich. „Der Befund ist nicht ansetzbar für Flügel einer Adhäsivbrücke.“	77,12	89,98	96,41	128,54
3.	Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen				
3.1	Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freundsituationen (Lückensituation II), je Kiefer Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar.	540,58	630,67	675,72	900,96

Befunde		Festzuschüsse in €			
		60 % (ohne Bonus)	70 % (Bonus 1)	75 % (Bonus 2)	100 % (Härtefall)
3.2	<p>a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe,</p> <p>b) einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahngebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen,</p> <p>c) beidseitig im Seitenzahngebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen</p> <p>mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolare. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar.</p>	385,97	450,30	482,46	643,28
4.	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer				
4.1	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer	564,55	658,64	705,68	940,91
4.2	Zahnloser Oberkiefer	544,97	635,80	681,22	908,29
4.3	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer	583,54	680,80	729,43	972,57
4.4	Zahnloser Unterkiefer	584,38	681,78	730,48	973,97
4.5	Notwendigkeit einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer	126,93	148,09	158,66	211,55
4.6	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn	395,29	461,17	494,11	658,81
4.7	Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15-25 und 34-44), Zuschlag je Ankerzahn	62,32	72,70	77,90	103,86
4.8	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn	354,77	413,90	443,47	591,29

Befunde		Festzuschüsse in €			
		60 % (ohne Bonus)	70 % (Bonus 1)	75 % (Bonus 2)	100 % (Härtefall)
4.9	Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Notwendigkeit einer Stützstiftregistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund	89,88	104,86	112,35	149,80
5.	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist				
5.1	Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	185,73	216,69	232,16	309,55
5.2	Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	256,48	299,23	320,60	427,47
5.3	Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	333,74	389,36	417,17	556,23
5.4	Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	458,57	535,00	573,21	764,28
6.	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz				
6.0	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung und ohne Notwendigkeit zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese	22,36	26,09	27,95	37,27
6.1	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung, je Prothese	53,06	61,91	66,33	88,44
6.2	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer- /Kombinationsversorgung mit Notwendigkeit der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese	88,36	103,08	110,45	147,26

Befunde		Festzuschüsse in €			
		60 % (ohne Bonus)	70 % (Bonus 1)	75 % (Bonus 2)	100 % (Härtefall)
6.3	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer- /Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese	125,66	146,61	157,08	209,44
6.4	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn	94,51	110,26	118,14	157,52
6.4.1	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn	18,94	22,10	23,68	31,57
6.5	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn	138,05	161,06	172,56	230,08
6.5.1	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn	27,68	32,29	34,60	46,13
6.6	Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil-Zahnersatz, je Prothese	103,15	120,34	128,93	171,91
6.7	Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhautgetragener Deckprothese, je Kiefer	124,21	144,91	155,26	207,01
6.8	Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn	16,19	18,89	20,24	26,99
6.8.1	Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender Zahnersatz, je Flügel einer Adhäsivbrücke	45,88	53,52	57,35	76,46

Befunde		Festzuschüsse in €			
		60 % (ohne Bonus)	70 % (Bonus 1)	75 % (Bonus 2)	100 % (Härtefall)
6.9	Wiederherstellungsbedürftige Facette/Verblendung (auch wiedereinsetzbar oder erneuerungsbedürftig) im Verblendbereich an einer Krone, einem Sekundärteleskop, einem Brückenanker oder einem Brückenglied, je Verblendung	89,02	103,86	111,28	148,37
6.10	Erneuerungsbedürftiges Primär- oder Sekundärteleskop, je Zahn	270,11	315,13	337,64	450,19
7.	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen				
7.1	Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnücke), je implantatgetragene Krone	228,75	266,88	285,94	381,25
7.2	Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach Nr. 7.1 hinausgeht, je implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer	139,72	163,00	174,65	232,86
7.3	Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette	83,28	97,16	104,10	138,80
7.4	Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer oder zu verschraubender Zahnersatz, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker	17,47	20,38	21,83	29,11
7.5	Erneuerungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion	558,31	651,36	697,88	930,51
7.6	Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je implantatgetragenen Konnektor als Zuschlag zum Befund nach Nr. 7.5, höchstens viermal je Kiefer	16,13	18,82	20,17	26,89
7.7	Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion	79,97	93,30	99,97	133,29

Befunde		Festzuschüsse in €			
		60 % (ohne Bonus)	70 % (Bonus 1)	75 % (Bonus 2)	100 % (Härtefall)
8.	Nicht vollendete Behandlung (Teilleistungen)				
	Die Befunde zu 8. Teilleistungen setzen den Ansatz der zugehörigen Teilbefunde voraus. Da diese variieren können, wird auf einen betragsmäßigen Ausweis verzichtet.				
8.1	Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe 50 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar				
8.2	Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind 75 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach den Nrn. 1.3 oder 4.7 ansetzbar				
8.3	Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke 50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar.				
8.4	Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind 75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach Nr. 2.7 für die Ankerzähne oder für die Brückenzwischenlieder ansetzbar.				

Befunde		Festzuschüsse in €			
		60 % (ohne Bonus)	70 % (Bonus 1)	75 % (Bonus 2)	100 % (Härtefall)
8.5	<p>Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese</p> <p>50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar.</p>				
8.6	<p>Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind</p> <p>75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 4.5 oder 4.9 ansetzbar.</p>				

**Festsetzung der Höhe der auf die Regelversorgung
entfallenden Beträge gemäß § 56 Abs. 4 SGB V
für die Bundespolizei**

– ab 01.01.2025 –

Befunde	Festzuschuss 100 %
1. Erhaltungswürdiger Zahn	
1.1 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn	382,09
1.2 Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschmelz, je Zahn	438,29
1.3 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)	130,44
1.4 Endodontisch behandelte Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	79,71
1.5 Endodontisch behandelte Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	240,11
<p>2. Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freundsituation vorliegt (Lückensituation I)</p> <p>Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freundsituation aus. Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist. Soweit Zahn 7 einseitig oder beidseitig fehlt und hierfür keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, liegt keine Freundsituation vor. Auch nicht versorgungsbedürftige Freundsituationen werden für die Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne je Kiefer berücksichtigt. Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen.</p> <p>Für lückenangrenzende Zähne nach den Befunden von Nr. 2 sind Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das Gleiche gilt bei einer Versorgung mit Freundsituationen für den Pfeilerzahn, der an den lückenangrenzenden Pfeilerzahn angrenzt.</p>	
<p>2.1 Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke.</p> <p>Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.</p>	883,29

Befunde	Festzuschuss 100 %
<p>2.2 Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke.</p> <p>Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.</p> <p>Protokollnotiz:</p> <p>Adhäsivbrücken mit Metallgerüst im Frontzahnbereich bei Versicherten, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, gelten als gleichartige Versorgung.</p>	1.007,60
<p>2.3 Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer</p>	1.125,04
<p>2.4 Frontzahnlücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer</p>	1.232,89
<p>2.5 An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn</p>	489,89
<p>2.6 Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke</p>	361,44
<p>2.7 Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblend-bereich (15 - 25 und 34 - 44), je Verblendung für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich. „Der Befund ist nicht ansetzbar für Flügel einer Adhäsivbrücke.“</p>	128,54
<p>3. Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen</p>	
<p>3.1 Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freiendsituationen (Lückensituation II), je Kiefer.</p> <p>Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar.</p>	900,96

Befunde	Festzuschuss 100 %
3.2 a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe, b) einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, c) beidseitig im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolare. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar.	643,28
4. Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer	
4.1 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer	940,91
4.2 Zahnloser Oberkiefer	908,29
4.3 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer	972,57
4.4 Zahnloser Unterkiefer	973,97
4.5 Notwendigkeit einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer	211,55
4.6 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn	658,81
4.7 Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendebereich (15-25 und 34-44), Zuschlag je Ankerzahn	103,86
4.8 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn	591,29
4.9 Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Notwendigkeit einer Stützstiftregistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund	149,80
5. Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist	
5.1 Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	309,55

Befunde	Festzuschuss 100 %
5.2 Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	427,47
5.3 Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	556,23
5.4 Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	764,28
6. Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz	
6.0 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung und ohne Notwendigkeit zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese	37,27
6.1 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung, je Prothese	88,44
6.2 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer- /Kombinationsversorgung mit Notwendigkeit der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese	147,26
6.3 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer- /Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese	209,44
6.4 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn	157,52
6.4.1 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn	31,57
6.5 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn	230,08
6.5.1 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn	46,13

Befunde	Festzuschuss 100 %
6.6 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil- Zahnersatz, je Prothese	171,91
6.7 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhautgetragener Deckprothese, je Kiefer	207,01
6.8 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn	26,99
6.8.1 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender Zahnersatz, je Flügel einer Adhäsivbrücke	76,46
6.9 Wiederherstellungsbedürftige Facette/Verblendung (auch wiedereinsetzbar oder erneuerungsbedürftig) im Verblendbereich an einer Krone, einem Sekundärteleskop, einem Brückenanker oder einem Brückenglied, je Verblendung	148,37
6.10 Erneuerungsbedürftiges Primär- oder Sekundärteleskop, je Zahn	450,19
7. Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen	
7.1 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnücke), je implantatgetragene Krone	381,25
7.2 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach Nr. 7.1 hinausgeht, je implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer	232,86
7.3 Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette	138,80
7.4 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer oder zu verschraubender Zahnersatz, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker	29,11
7.5 Erneuerungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion	930,51
7.6 Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je implantatgetragenen Konnektor als Zuschlag zum Befund nach Nr. 7.5, höchstens viermal je Kiefer	26,89
7.7 Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesen-konstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion	133,29

Befunde	Festzuschuss 100 %
8. Nicht vollendete Behandlung (Teilleistungen)	
Die Befunde zu 8. Teilleistungen setzen den Ansatz der zugehörigen Teilbefunde voraus. Da diese variieren können, wird auf einen betragsmäßigen Ausweis verzichtet	
<p>8.1 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe.</p> <p>50 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar.</p>	
<p>8.2 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind.</p> <p>75 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach den Nrn. 1.3 oder 4.7 ansetzbar.</p>	
<p>8.3 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke.</p> <p>50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar.</p>	
<p>8.4 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind.</p> <p>75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar.</p> <p>Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach Nr. 2.7 für die Ankerzähne oder für die Brückenzwischenlieder ansetzbar.</p>	
<p>8.5 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese.</p> <p>50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar.</p>	
<p>8.6 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind.</p> <p>75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 4.5 oder 4.9 ansetzbar.</p>	

**Gebührenverzeichnis
Versorgung der Unfallverletzten und Berufserkrankten
mit Zahnersatz und Zahnkronen**

Bu- Nr.	Gebühr € 1.1.2025	Leistung
1	34,47	Schriftliche Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes zur prothetischen Versorgung - nach Befundaufnahme und ggf. Auswertung von Modellen
2	63,20	Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone durch gegossenen Stiftaufbau oder Schraubenaufbau, mit Verankerung im Wurzelkanal
3	13,43	a) Schutz eines beschliffenen Zahnes durch eine abnehmbare Hülse
	36,26	b) Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischen Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied
4		Versorgung eines Einzelzahnes durch
	182,00	a) eine Krone (Tangentialpräparation)
	231,01	b) eine Krone (Hohlkehlpräparation) -Hierunter ist die Verblendkrone abzurechnen
	277,54	c) Eine Krone (zirkuläre Stufenpräparation) -Hierunter können nur Mantelkronen oder Teilkronen abgerechnet werden
5	45,96	Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone mit Stiftverankerung
6		Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 2 und 4:
	Halbe Gebühr nach Nr. 4 oder Nr. 2	Präparation eines Zahnes
	Dreiviertel der Gebühr nach Nr. 4	weitere Maßnahmen
	Gebühr nach Nr. 2	gegebenenfalls

Bu-Nr.	Gebühr € 1.1.2025	Leistung
7		Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und provisorischen Brücken
	19,47	a) Wiedereinsetzen einer Krone, einer Stiftkrone, einer Facette oder dergleichen
	46,99	b) Erneuerung einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen
	9,43	c) Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach der Nr. 3 b oder 5
8	18,38	Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken
9	160,87	Veränderung der Kieferhaltung mittels Bissführungsplatte
10		Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke - je Pfeilerzahn als Brückenanker -
	139,88	a) eine Krone (Tangentialpräparation)
	204,16	b) eine Krone (Hohlkehlpräparation) -Hierunter ist die Verblendkrone abzurechnen
	268,15	c) eine Krone (zirkuläre Stufenpräparation) -Hierunter können nur Mantelkronen oder Teilkronen abgerechnet werden
	358,63	d) Teleskopkrone (auch Konuskrone) einschl. Fräsung
11		Weitere Maßnahmen bei der Versorgung eines Lückengebisses mittels fest-sitzender oder abnehmbarer Brücken
	68,94	a) je Spanne (als Spanne zählt auch das Freienteil)
	22,98	b) je ersetzttem Zahn (zusätzlich zur Nr. 11 a)
		Bei der Ermittlung der nach Nr. 11 b ansatzfähigen Zähne ist jeweils 1 Zahn abzuziehen.

Bu-Nr.	Gebühr € 1.1.2025	Leistung
12		Versorgung des Lückengebisses durch zusammengesetzt festsitzende oder abnehmbare Brücken und/oder durch kombiniert festsitzend/ herausnehmbaren Zahnersatz zu den Bewertungszahlen nach Nr. 10 zusätzlich bei Anwendung von
	70,69	12/1 Stegen einschl. Stegverbindungsrichtungen, je Steg
	29,46	12/2 Schrauben, Federstiften oder dergleichen, je Verbindungsrichtung
	51,71	12/3 Riegeln, Gelenken, Geschieben, Ankern, je Verbindungsrichtung
13		Teilleistungen nach den Nrn. 10 und 11 bei nicht vollendeten Leistungen:
	Halbe Gebühr nach Nr. 10	Präparation eines Brückenpfeilers
	Dreiviertel der Gebühr nach Nr. 10	Präparation eines Brückenpfeilers mit darüber hinausgehenden Maßnahmen
	Dreiviertel der Gebühr nach Nr. 11	Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt
14		Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken oder festsitzenden Schienen
	48,35	a) Wiedereinsetzen einer Brücke oder festsitzenden Schiene mit 2 Ankern
	70,69	b) Wiedereinsetzen einer Brücke oder festsitzenden Schiene mit mehr als 2 Ankern
	41,24	c) Erneuerung einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen
15		Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschl. einfacher Haltevorrichtungen
	103,42	a) zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen
	149,38	b) zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen
	206,83	c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen
16		Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese
	287,27	a) im Oberkiefer
	333,23	b) im Unterkiefer

Bu-Nr.	Gebühr € 1.1.2025	Leistung
17	34,47	Besondere Maßnahmen: Abdruck mit individuellem Löffel, wenn der übliche Löffel nicht ausreicht, je Kiefer, auch neben Kronen und Brücken, nicht neben einer Einzelkrone (Nr. 4), gerechnet je Kiefer, neben Nr. 18 oder 19 für den selben Kiefer nur in den Fällen, in denen für die prothetische Versorgung eines zahnarmen Kiefers neben dem Funktionsabdruck für die Versorgung der noch stehenden Zähne durch Kronen ein Abdruck mit individuellem Löffel vorgenommen werden muss
18	68,94	Funktionsabdruck mit individuellem Löffel, Oberkiefer
19	91,93	Funktionsabdruck mit individuellem Löffel, Unterkiefer
20	51,71	Intraorale Stützstiftregistrierung zur Festlegung der Zentrallage
21	34,47	Verwendung einer Metallbasis bei einem zahnlosen Kiefer, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 16 zusätzlich
22	45,96	Verwendung doppelarmiger Halte- oder einfacher Stützvorrichtungen oder mehrarmiger gebogener Halte- und Stützvorrichtungen zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15 zusätzlich je Prothese, bei provisorischen Prothesen nur in besonders gelagerten Fällen
23	91,93	Verwendung einer Metallbasis mit Halte- und Stützvorrichtungen, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15 zusätzlich - nicht bei provisorischen Prothesen -
24		Verwendung von gegossenen komplizierten Halte- und Stützvorrichtungen, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15 oder nach Nr. 23 zusätzlich - nicht bei provisorischen Prothesen -
	45,96	a) bei Verwendung von einer Halte- und Stützvorrichtung
	91,93	b) bei Verwendung von mindestens 2 Halte- und Stützvorrichtungen
25		Teilleistungen nach den Nrn. 15, 16 und 17-24 bei nicht vollendeten Leistungen:
	34,47	a) Anatomischer Abdruck zur prothetischen Versorgung eines Kiefers
		b) Maßnahmen einschließlich der Ermittlung der Bissverhältnisse
		c) Weitergehende Maßnahmen

Halbe Gebühr
nach
Nr. 15 oder 16

Dreiviertel der
Gebühr für die
gesamte
Behandlung

Bu-Nr.	Gebühr € 1.1.2025	Leistung
26		Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese
	34,47	a) kleinen Umfanges (ohne Abdruck)
	57,45	b) größeren Umfanges (mit Abdruck)
	45,96	c) Teilunterfütterung einer Prothese
	63,20	d) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im direkten Verfahren
	57,45	e) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren
	80,43	f) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschl. funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer
	91,93	g) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschl. funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer
27		Maßnahmen zur Weichteilstützung zum Ausgleich oder zum Verschluss von Defekten im Bereich des Kiefers
	91,93	a) bei vorhandenem Restgebiss, zu den Gebühren nach Nr. 15, gegebenenfalls in Verbindung mit Nrn. 17 – 24, zusätzlich
	137,89	b) bei zahnlosem Kiefer, zu den Gebühren nach Nr. 16 zusätzlich
28	275,78	Eingliedern eines Obturators zum Verschluss von Defekten des weichen Gaumens, zu den Gebühren nach Nr. 15, gegebenenfalls in Verbindung mit Nrn. 17- 24 oder nach Nr. 16, zusätzlich
29		Resektionsprothesen:
	183,85	a) Eingliedern einer temporären Verschlussprothese nach Resektion oder bei großen Defekten des Oberkiefers, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15, gegebenenfalls in Verbindung mit Nrn. 17 – 24 oder nach Nr. 16, zusätzlich
	91,93	b) Ergänzungsmaßnahmen im Anschluss an Leistungen nach Buchstabe a)
	344,72	c) Eingliedern einer Dauerprothese zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15, ggf. in Verbindung mit Nrn. 17 – 24 oder nach Nr. 16, zusätzlich
30		Eingliedern einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile
	344,72	a) kleineren Umfanges
	574,53	b) größeren Umfanges

Bu-Nr.	Gebühr € 1.1.2025	Leistung
7	21,83	<p>Auszug aus dem BEMA Teil 2 (KZBV-VdAK/AEV-Vertrag):</p> <p>Vorbereitende Maßnahmen</p> <p>a) für UV nicht relevant</p> <p>b) Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung</p> <p>Zu Nrn. 7 a und b:</p> <p>1) <i>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.</i></p> <p>2) <i>für Nr. 7 b nicht relevant</i></p> <p>3) <i>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.</i></p> <p>4) <i>Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Leistungen nach Nr. 7 b neben alleinigen Maßnahmen nach Nrn. 20 und 100*) in der Regel nicht abrechnungsfähig.</i></p> <p><i>*) entspricht Nrn. 4 a – 4 c und 26 a – 26 g des UV - Gebührenverzeichnisses</i></p> <p>5) <i>für Nr. 7 b nicht relevant</i></p>

Kassen-/vertragszahnärztliche Leistungen, die nicht im BEMA enthalten sind, werden nach Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA nach dem **Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982** abgerechnet.

Auszug aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ-82

Gebühr Nr.:	Bew. Zahl	Leistung
1414	5	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase
1418	20	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasensprachraums – gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder
1425	6	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung
1426	12	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung
1427	11	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung
1428	42	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase
1429	9	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung
1435	11	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig
1465	14	Punktion einer Kieferhöhle – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten
1466	20	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) – gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465
1467	46	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus – einschließlich Fensterung
1468	33	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus
1479	7	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus – auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln
1480	5	Absaugen der Nebenhöhlen
1485	103	Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen
1486	124	Radikaloperation der Kieferhöhle
1505	17	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses
1506	21	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses
1507	7	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses

Gebühr Nr.:	Bew. Zahl	Leistung
1508	11	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund
1509	52	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone
1510	22	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges – gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen
1511	21	Eröffnung eines Zungenabszesses
1512	124	Teilweise Entfernung der Zunge – gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis
1513	42	Keilexzision aus der Zunge
1518	83	Operation einer Speichelfistel
1519	62	Operative Entfernung von Speichelstein(en)
1520	100	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)
1628	83	Plastischer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel
2000	8	Erstversorgung einer kleinen Wunde
2001	15	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht
2002	18	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht
2003	15	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde
2004	27	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht
2005	45	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht
		<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.</i>
2006	7	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde
2007	5	Entfernung von Fäden oder Klammern
2008	10	Wund- oder Fistelspaltung
2009	12	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers
2010	43	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen
2015	7	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang – gegebenenfalls einschließlich Spülung
2101	62	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks

Gebühr Nr.:	Bew. Zahl	Leistung
2118	52	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk
2123	124	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks
2135	156	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks
2156	52	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks
2181	26	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks
2250	52	Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen
2254	83	Implantation von Knochen
2255	165	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Kochenteilen (Knochenspäne)
2256	52	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen
2321	26	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens – gegebenenfalls einschließlich Wundverband
2355	124	Operative Stabilisierung einer Pseudoarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs
2356	165	Operative Stabilisierung einer Pseudoarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner – auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan
2380	35	Überpflanzung von Epidermisstücken
2381	42	Einfache Hautlappenplastik
2382	83	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation
2386	77	Schleimhauttransplantation – einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung
2397	67	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung
2400	13	Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche
2401	15	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z.B. Haut, Schleimhaut, Lippe)
2402	42	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z.B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z.B. Zunge)
2403	15	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst
2404	62	Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)
2430	34	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses

Gebühr Nr.:	Bew. Zahl	Leistung
2431	43	Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Exzision
2432	53	Eröffnung einer Phlegmone
2442	100	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung
2583	103	Neurolyse, als selbständige Leistung
2584	165	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung
2586	150	End- zu End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung – einschließlich Wundversorgung –
2620	84	Operation der isolierten Lippenspalte
2625	139	Verschluss des weichen und harten Gaumens oder Verschluss von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum
2650	83	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen
2651	62	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer
2655	106	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie
2656	69	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion
2657	85	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie
2658	56	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion
2676	245	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer
2680	12	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers
2681	45	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers
2682	156	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks
2685	23	Reposition eines Zahnes
2686	34	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes
2687	145	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes
2688	84	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung

Gebühr Nr.:	Bew. Zahl	Leistung
2690	112	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte
2694	50	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur
2695	300	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate
2696	56	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofaziale Drahtaufhängung, auch beidseitig
2697	39	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung
2698	167	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer
2699	245	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer
2700	39	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme
2701	200	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlussplatte, Pelotte oder dergleichen – im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen
2702	34	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer
2710	123	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung
2720	89	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden – einschließlich Osteosynthese
2885	124	Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst
3300	56	Arthroskopie – gegebenenfalls mit Probeexzision
8200	5	Verband – ausgenommen Schnell- u. Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher
8204	11	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawatten-verband; Kompressionsverband
8210	9	Kleiner Schienenverband – auch als Notverband bei Frakturen
8250	5	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene
8251	7	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie

Gebühr Nr.:	Bew. Zahl	Leistung
8252	5	Injektion , subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär nicht für die Injektion zu Heilzwecken
8253	8	Injektion , intravenös
8254	9	Injektion , intraarteriell
8255	11	Injektion , intraartikulär oder perineural
8271	14	Infusion , intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer
8272	20	Infusion , intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer
8300	14	Punktion eines Gelenks
8303	9	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile

Abrechnungsverfahren für die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Zur Ermittlung der für die Abrechnung über die KZV maßgeblichen Bewertungszahl ist für neun GOÄ-Punkte ein BEMA-Punkt anzusetzen. Die so ermittelten Zahlen sind auf ganze Bewertungszahlen aufzurunden.

Beispiel:

Nr. 2698 GOÄ (Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer)

1.500 (GOÄ-)Punkte geteilt durch 9 = 166,6 = aufgerundet = 167 BEMA-Punkte

Für die Abrechnung von Gebührennummern der GOÄ wurde ein neues Verfahren eingeführt, um ein System von Abrechnungsnummern zu schaffen, dass zum geltenden BEMA-Nummerierungssystem passt. Es gelten folgende Grundsätze, die bei der Abrechnung zu berücksichtigen sind:

- Alle Leistungen aus der GOÄ werden mit vierstelligen Gebührennummern abgerechnet.
- Soweit die GOÄ vierstellige Nummern vorsieht, werden diese bei der Abrechnung verwendet.

Bei drei- und zweistelligen Gebührennummern gelten besondere Regelungen:

- Soweit die GOÄ **dreistellige Nummern** vorsieht, wird jeweils die **Ziffer 8 vorangestellt**.

Beispiel:

Nr. 204 GOÄ (Zirkulärer Verband ...) Abrechnungs-Nr. 8204

- Soweit die GOÄ **zweistellige Nummern** vorsieht (Abschnitte B. IV. und B. Vi.), wird die **Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt**.

Beispiel:

Nr. 60 GOÄ (Konsiliarische Erörterung ...) Abrechnungs-Nr. 7600

Gebühren-Nr. GOÄ	Abrechnungs-Nr. „BEMA“						
70	7700	210	8210	253	8253	272	8272
75	7750	250	8250	254	8254	300	8300
200	8200	251	8251	255	8255	303	8303
204	8204	252	8252	271	8271		

Verweilen

Gebühr Nr.:	Bew. Zahl	Leistung
7560	20	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde.
7561	38	Verweilen, incl. Zuschlag für dringend angeforderte und unverzügliche erfolgte Ausführung
7562	49	Verweilen, incl. Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen
7563	70	Verweilen, incl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr erbrachte Leistungen
7564	58	Verweilen, incl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen
7565	87	Verweilen, incl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen, incl. Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen
7566	108	Verweilen, incl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen, incl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr erbrachte Leistungen

Eine Verweilgebühr nach den Nrn. 7560 – 7566 darf nur berechnet werden, wenn der Zahnarzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine anderen (zahn-)ärztlichen Leistungen erbracht werden, auch nicht bei anderen Patienten.

Die Abrechnungsfähigkeit besteht nach dem „ersten“ Verweilen von mindestens einer halben Stunde, wird ein „weiteres“ Verweilen erforderlich, sind die Nrn. 7560 – 7566 je weiterer angefangener halben Stunde abrechnungsfähig.

Abrechnungsnummer	Bew. Zahl	Leistung
7700	5	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Kurze Bescheinigungen, Berichte und Zeugnisse sind als vertragszahnärztliche Leistungen abrechenbar, wenn diese zur Durchführung von gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen oder des Medizinischen Dienstes erforderlich sind. Abrechnungsfähigkeit besteht auch, wenn der Versicherte eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigt.

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten.

Benötigen die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst eine kurze Bescheinigung, einen Bericht oder ein Zeugnis zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben, ist eine Gebühr nur abrechenbar, soweit der BEMA dies vorsieht oder vertragliche Vereinbarungen bestehen, die baren Auslagen sind jedoch abrechnungsfähig.

Für das Ausfüllen der vertraglich vereinbarten Vordrucke ist eine Gebühr nur abrechenbar, soweit der BEMA dies vorsieht oder vertragliche Vereinbarungen bestehen.

7750	15	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)
------	----	---

Nach Nrn. 7750 sind alle im Rahmen der Kooperation von (Zahn-)Ärzten untereinander erfolgenden ausführlichen Krankheits- und Befundberichte abrechenbar. Soweit ein ausführlicher Krankheits- und Befundbericht im Rahmen der Behandlung des Patienten erforderlich ist, kann die Nr. 7750 abgerechnet werden.

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten.

Abrechnung von Wegegeld und Reiseentschädigung gemäß §8 GOZ

Abrechnungsnummer	Bew. Zahl	Leistung
		<p>Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.</p> <p>Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von</p>
7810	4,30 €	1. bis zu zwei Kilometern
7811	8,60 €	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
7820	8,00 €	2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern
7821	12,30 €	bei Nacht
7830	12,30 €	3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern
7831	18,40 €	bei Nacht
7840	18,40 €	4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern
7841	30,70 €	bei Nacht
		§ 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.
7928	0,42 € je ge- fahrenen KM	Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit bis zu 8 Stunden je Tag Abwesenheitsgebühr: 56,00 €
7929	0,42 € je ge- fahrenen KM	Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag Abwesenheitsgebühr: 112,50 €
7930		Kosten für notwendige Übernachtungen Betragen die Übernachtungskosten über 25,56 €, muss der Arzt die Originalrechnung in der Praxis aufbewahren

Gebührenordnung für Zahnärzte

(GOZ)

Bundesratsbeschluss vom 04. November 2011
Bundeskabinettsbeschluss vom 16. November 2011

mit Auszügen aus der
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
in der Fassung vom 01.01.1996

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung ist die amtliche Grundlage für die Privatliquidation des Zahnarztes.

Das Gebührenverzeichnis der GOZ enthält Leistungen aus folgenden Gebieten:

- A Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- B Prophylaktische Leistungen
- C Konservierende Leistungen
- D Chirurgische Leistungen
- E Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- F Prothetische Leistungen
- G Kieferorthopädische Leistungen
- H Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
- J Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- K Implantologische Leistungen
- L Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Die vorliegende Ausgabe der GOZ bezieht außerdem - entsprechend § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 6 Abs. 2 - die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit dem Stand 1.1.1996 ein.

Die entsprechenden Leistungen aus der GOÄ werden entweder an geeigneter Stelle in das Leistungsverzeichnis der GOZ eingefügt oder in dem Auszug am Ende der Ausgabe aufgeführt:

- B Grundleistungen und allgemeine Leistungen
- C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
- E Physikalisch-medizinische Leistungen
- J Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- L Chirurgie, Orthopädie
- M Laboratoriumsuntersuchungen
- N Histologie, Zytologie und Zytogenetik
- O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

(BGBl. I, S. 2661)

Bundesratsbeschluss vom 04. November 2011

Bundeskabinettsbeschluss vom 16. November 2011

Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225) verordnet die Bundesregierung:

Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 04. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.
- (2) Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

§ 2

Abweichende Vereinbarung

- (1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
- (2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Leistungen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. bleibt unberührt.
- (4) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen ist eine Vereinbarung nach Abs. 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt persönlich erbrachte Leistungen zulässig.

§ 3

Vergütungen

Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

§ 4

Gebühren

- (1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten zahnärztlichen Leistungen.
- (2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbstständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.
- (3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.
- (4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.
- (5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 5

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

- (1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen.
- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3-fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

§ 6

Gebühren für andere Leistungen

- (1) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Abs. 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.

- (2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind:
1. B I, B II, BIII unter den Nummern 30, 31, und 34, B IV bis B VI,
 2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, CVIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,
 3. E V und E VI,
 4. J,
 5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,
 6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715,
 7. N unter der Nummer 4852 sowie
 8. O.

§ 7

Gebühren bei stationärer Behandlung

- (1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von dieser Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte.
- (2) Neben den nach Abs. 1 geminderten Gebühren darf der Zahnarzt Kosten nicht berechnen; die §§ 8 und 9 bleiben unberührt.

§ 8

Entschädigungen

- (1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld oder Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.
- (2) Der Zahnarzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Zahnarztes von
1. bis zu zwei Kilometern 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20:00 und 8:00 Uhr) 8,60 Euro,
 2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 8,00 Euro, bei Nacht 12,30 Euro,
 3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro,
 4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40, bei Nacht 30,70 Euro.

Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

- (3) Bei Besuchen außerhalb eines Radius von 25 Kilometern um die Praxisstelle des Zahnarztes tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung erhält der Zahnarzt:
1. 0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
 2. bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag,
 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.
- Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 9

Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

- (1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.
- (2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1.000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten Kosten von mehr als 1.000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 von Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.

§ 10

Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

- (1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung nach Anlage 2 erteilt worden ist. Künftige Änderungen der Anlage 2 werden durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Bekanntmachung veröffentlicht.
- (2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:
 1. das Datum der Erbringung der Leistung,
 2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung ggf. genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
 3. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat Zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,
 4. bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht, Tagespreis der verwendeten Legierungen,
 6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern.

- (3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Abs. 2 Nr. 2 das 2,3-fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Abs. 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3) sind als solche zu bezeichnen.
- (4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.
- (5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.
- (6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich eingewilligt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.

§ 11

Übergangsvorschriften

Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltenden Fassung gilt weiter für

1. Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 01.01.2012 erbracht worden sind,
2. vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 01.01.2012 begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltende Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 01.01.2012 beendet werden,
3. Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltenden Fassung, die auf Grund einer vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 01.01.2012 geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung bis zum Behandlungsabschluss, längstens jedoch bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung, erbracht werden.

§ 12

Überprüfung

Die Bundesregierung prüft die Auswirkungen der Neustrukturierung und –bewertung der Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte. Sie berichtet dem Bundesrat bis spätestens Mitte des Jahres 2015 über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe.

Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Am Beispiel des Punktwertes der AOK Hessen

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Beratungsgebühr nach Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am 01.01.2012 geltenden Fassung - darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden.

Eine Beratungsgebühr nach Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach Nummer 3 nicht berechnet werden.

Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes.

2. Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial ist gesondert berechnungsfähig.
3. Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	16,25	2,9
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und ggf. Auswertung von Modellen	200	11,25		
0040	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung	250	14,06		
	Die Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.				
0050	Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	6,75		
0060	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung.	260	14,62	14,76	1,0
	Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist in der Rechnung zu begründen.				
0065	Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	80	4,50		
	Neben der Leistung nach der Nummer 0065 sind konventionelle Abformungen nach diesem Gebührenverzeichnis für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich nicht berechnungsfähig.				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
0070	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest, je Sitzung	50	2,81	5,42	1,9
0080	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	1,69		
0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	3,37	7,22	2,1
0100	Intraorale Leitungsanästhesie	70	3,94	10,84	2,8
	Wird die Leistung nach Nummer 0090 je Zahn mehr als einmal berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen. Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 sind die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig.				
0110	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei den Leistungen nach den Nummern 2195, 2330, 2340, 2360, 2410, 2440, 3020, 3030, 3040, 3045, 3060, 3110, 3120, 3190, 3200, 4090, 4100, 4130, 4133, 9100, 9110, 9120, 9130 und 9170	400	22,50		
	Der Zuschlag nach der Nummer 0110 ist je nach Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.				
0120	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei den Leistungen nach den Nummern 2410, 3070, 3080, 3210, 3240, 4080, 4090, 4100, 4130, 4133 und 9160				
	Der Zuschlag nach der Nummer 0120 beträgt 100 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 68 Euro. Der Zuschlag nach der Nummer 0120 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.				

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

Prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B sind nur bei Einzelunterweisung (Individualprophylaxe) berechnungsfähig; bei Gruppenunterweisung (Gruppenprophylaxe) sind sie nicht berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
1000	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	11,25	18,80 (IP1)	1,6
				16,23 (IP4)	1,4
1010	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	5,62		
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und –behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung	50	2,81	11,28	4,1
	Die Leistung nach der Nummer 1000 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 1010 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig.				
	Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygiene-Indizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 sind Leistungen nach den Nummern 0010, 4000 und 8000 sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.				
	Die Leistung nach der Nummer 1020 ist innerhalb eines Jahres höchstens viermal berechnungsfähig.				
1030	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer.	90	5,06		
	1. Die Herstellung einer individuell angefertigten Schiene als Medikamententräger (z. B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig.				
	2. Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Medikament abgegolten.				
	3. Die Anwendung eines konfektionierten Löffels als Medikamententräger erfüllt nicht den Leistungsinhalt der Leistung nach Nummer 1030.				
	4. Bei Anwendung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 1030 innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
1040	<p>Professionelle Zahnreinigung</p> <p>Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.</p>	28	1,57		

C. KONSERVIERENDE LEISTUNGEN

Allgemeine Bestimmungen:

Nur einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
2000	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn	90	5,06	15,04	3,0
2010	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,81	5,42	1,9
2020	Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität	98	5,51	17,16	3,1
2030	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	9,03	2,5
	Die Leistung nach Nummer 2030 ist je Sitzung für eine Kieferhälfte oder einen Frontzahnbereich höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren und höchstens nur einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig.				
2040	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	9,03	2,5
2050	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	213	11,98	28,90	2,4
2060	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	527	29,64	28,90	
2070	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem, Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig	242	13,61	35,22	2,6
2080	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	556	31,27	35,22	
2090	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	297	16,70	44,25	2,6
2100	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	642	36,11	35,22	
2110	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig	319	17,94	52,37	2,9

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
2120	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	770	43,31		
2130	Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration	104	5,85		
2150	Einlagefüllung, einflächig	1.141	64,17		
2160	Einlagefüllung, zweiflächig	1.356	76,26		
2170	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1.709	96,12		
2180	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	8,44	35,22	4,2
2190	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone	450	25,31	62,17	2,5
2195	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o. Ä. zur Aufnahme einer Krone	300	16,87	38,86	2,3
	Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 oder 2195 sind neben den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 nicht berechnungsfähig.				
	Die Leistung nach Nummer 2180 ist neben der Leistung nach Nummer 2190 nicht berechnungsfähig.				
	Die Leistung nach Nummer 2195 ist neben der Leistung nach Nummer 2180 berechnungsfähig.				
	Die Leistung nach Nummer 2180, 2190 und/oder die Leistung nach Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.				
	Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.				
2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer, etc.)	130	7,31		
2200	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1.322	74,35	115,01	1,5
2210	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1.678	94,37	122,78	1,5

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
2220	<p>Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer</p> <p>Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig.</p> <p>Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.</p> <p>Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.</p> <p>Die Leistungen nach Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.</p> <p>Zu den Kronen nach den Nummern 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung.</p> <p>Teilleistungen nach den Nummern 2200 bis 2220:</p>	2.067	116,25	145,32	1,3
2230	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes oder der Abdrucknahme beim Implantat so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
2240	<p>Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.</p> <p>Die Leistungen nach den Nummern 2230 oder 2240 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.</p>				
2250	<p>Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde</p> <p>Die Kosten für die konfektionierte Krone sind gesondert berechnungsfähig.</p>	210	11,81	45,15	3,8
2260	Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	100	5,62	14,76	2,6
2270	<p>Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung</p> <p>Bei Verwendung eines konfektionierten Provisoriums sind die Kosten hierfür gesondert berechnungsfähig.</p> <p>Das Wiedereingliedern desselben Provisorien; ggf. auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Gebühr nach den Nummern 2260 oder 2270 abgegolten.</p>	270	15,19	14,76	1,0
2290	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches	180	10,12	15,35	1,5
2300	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	15,19	15,35	1,0
2310	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	8,16	19,43	2,4

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
2320	Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an feststehendem Zahnersatz, ggf. einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	19,68	33,42	1,7
2330	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung), je Kavität	110	6,19	5,42	0,9
2340	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung), je Kavität	200	11,25	5,42	0,5
2350	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren	290	16,31	26,19	1,6
2360	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren, je Kanal	110	6,19	16,25	2,6
2380	Amputation und endgültige Versorgung der avitalen Milchzahnpulpa	160	9,00		
2390	Trepanation eines Zahnes, als selbstständige Leistung	65	3,66	9,93	2,7
2400	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals Die Leistung nach Nummer 2400 ist je Wurzelkanal höchstens zweimal je Sitzung berechnungsfähig	70	3,94		
2410	Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, ggf. in mehreren Sitzungen Die Leistung nach Nummer 2410 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist. Wenn auf Grund anatomischer Besonderheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach Nummer 2410 für denselben Wurzelkanal erneut berechnungsfähig. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Je Aufbereitung eines Wurzelkanals ist die Leistung in diesem Fall höchstens zweimal berechnungsfähig.	392	22,05	26,19	1,2
2420	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	3,94		
2430	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 2360, 2380 und 2410, je Zahn und Sitzung	204	11,47	13,55	1,2
2440	Füllung eines Wurzelkanals	258	14,51	15,35	1,1

D. Chirurgische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung (zum Beispiel Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, ggf. Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die Schaffung des operativen Zugangs ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen) sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
3000	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	3,94	9,03	2,3
3010	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	6,19	13,55	2,2
3020	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,19	36,12	2,4
3030	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68	52,37	2,7
3040	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540	30,37	70,43	2,3
3045	Entfernen eines extrem verlagerten und/oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	767	43,14	74,95	1,7
2650 (GOÄ)	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	43,13		
2651 (GOÄ)	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	550	32,06		
3050	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbständige Leistung	110	6,19	13,55	2,2
3060	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	7,87	26,19	3,3
2660 (GOÄ)	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung	400	23,31		
3070	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	2,53	9,03	3,6
3080	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z.B. lappiges Fibrom, Epulis)	150	8,44	33,41	4,0
2670 (GOÄ)	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung -	500	29,14		
2671 (GOÄ)	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2675 oder 2676 (siehe unten, nach Nr. 3250)	300	17,49		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
3090	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370	20,81	72,24	3,5
3100	Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnitfführung) Die Leistung nach der Nummer 3100 ist für dasselbe Operationsgebiet nicht neben der Leistung nach der Nummer 3090 berechnungsfähig.	270	15,19	37,93	2,5
3110	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	25,87	65,02	2,5
3120	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig.	580	32,62	86,69	2,7
3130	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	15,75	65,02	4,1
3140	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	30,93	65,02	2,1
3160	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	36,56		
2657 (GOÄ)	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie	760	44,30		
2658 (GOÄ)	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	500	29,14		
3190	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	15,19	43,34	2,9
3200	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 3190 bis 3200 sowie 3310 berechnet werden.	500	28,12	108,36	3,9
2655 (GOÄ)	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie	950	55,37		
3210	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	7,87	43,34	5,5
3230	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers als selbständige Leistung, je Kiefer	440	24,75	43,34	1,8
2730 (GOÄ)	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	29,14		
2732 (GOÄ)	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	2.000	116,57		
3240	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs auch Gingivaextensionsplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, für einen Bereich bis zu zwei nebeneinanderliegenden Zähnen, ggf. auch am zahnlosen Kieferabschnitt	550	30,93	108,36	3,5

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
3250	Tuberplastik, einseitig	270	15,19	72,24	4,8
2675 (GOÄ)	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich -	850	49,54		
2676 (GOÄ)	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	2.200	128,23		
2677 (GOÄ)	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	700	40,80		
3260	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	30,93	72,24	2,3
3270	Germektomie	590	33,18	70,43	2,1
3280	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	15,19	65,02	4,3
3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	55	3,09		
3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbständige Leistung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnitfführung)	65	3,66	9,03	2,5
	Die Leistung nach Nummer 3300 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig.				
	Neben der Leistung nach den Nummer 3300 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3310 nicht berechnungsfähig.				
3310	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnitfführung)	100	5,62	18,96	3,4
	Die Leistung nach Nummer 3310 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig.				
	Neben der Leistung nach Nummer 3310 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3330 nicht berechnungsfähig.				

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Allgemeine Bestimmung

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, ggf. Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen) sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist sowie atraumatisches Nahtmaterial und Materialien zur Fixierung von Membranen sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus Die Leistung nach Nummer 4000 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.	160	9,00	35,22	3,9
4005	Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI) Die Leistung nach Nummer 4005 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.	80	4,50	9,03	2,0
4020	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen ggf. einschließlich Taschenspülungen, je Sitzung	45	2,53	7,22	2,9
4025	Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn Die verwendeten antibakteriellen Materialien sind gesondert berechnungsfähig.	15	0,84		
4030	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	1,97	9,03	4,6
4040	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45	2,53	12,43	4,9
4050	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, ggf. einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied	10	0,56	14,45	
4055	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, ggf. einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig.	13	0,73		
4060	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn, oder Implantat auch Brückenglied Die Leistungen nach der Nummer 4060 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1040, 4050 und 4055 nicht berechnungsfähig.	7	0,39		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
4070	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	100	5,62	12,64	2,2
4075	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	130	7,31	23,48	3,2
4080	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	2,53	9,03	3,6
4090	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	10,12	19,87	2,0
4100	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	15,47	30,70	2,0
	Neben den Leistungen nach den Nummern 4090 und 4100 sind Leistungen nach den Nummern 4050 bis 4080 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.				
4110	Auffüllen von parodontaler Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich, je Zahn oder Parodontium oder Implantat	180	10,12		
	Die Leistung nach Nummer 4110 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig.				
	Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.				
4120	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,47		
4130	Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, ggf. einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat	180	10,12		
4133	Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum	880	49,49		
4136	Osteoplastik auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches, je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbständige Leistung	200	11,25		
4138	Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat	220	12,37		
4150	Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder Parodontium	7	0,39	9,03	

F. Prothetische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
5000	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	1.016	57,14	91,70	1,6
5010	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1.483	83,41	99,47	1,2
5020	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken oder Prothesenanker mit einer Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1.997	112,32	105,69	(1,0)
5030	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, ggf. zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung oder anderer Verbindungselemente	1.483	83,41	119,67	1,4
5040	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone	2.605	146,51	147,65	1,0
	Die Leistung nach Nummer 5040 ist neben der Leistung nach Nummer 5080 nicht berechnungsfähig.				
	Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, der Einlagefüllung, der Teilkrone o.a., Nachkontrolle und Korrekturen				
	Die Leistungen nach den Nummern 5000 und 5030 umfassen auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.				
	Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.				
	Die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5020 sind im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.				
	Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.				
	Teilleistungen nach den Nummern 5000 bis 5040:				
5050	Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler oder Prothesenanker mit Verbindungselementen oder der Abdrucknahme beim Implantat, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
5060	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
	Die Leistungen nach den Nummern 5050 und 5060 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
5070	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder, Prothesenspannen oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	400	22,50	48,18	2,1
5080	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement, Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement. Die Leistung nach Nummer 5080 ist neben der Leistung nach Nummer 5040 nicht berechnungsfähig	230	12,94	33,42	2,6
5090	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach Nummer 5080	110	6,19		
5100	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	25,31	73,82	2,9
5110	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	20,25	26,42 (95a)	1,3
				38,86 (95b)	1,9
5120	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	240	13,50	14,76	1,1
5140	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Freiendsattel, einschließlich Entfernung Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, ggf. auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.	80	4,50	14,76	3,3
5150	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	730	41,06	260,33	6,3
5160	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 5150, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	20,25		
5170	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	250	14,06	22,54	1,6
5180	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	25,31	44,29	1,7
5190	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	30,37	59,06	1,9
5200	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Halteelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	39,37		
5210	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1.400	78,74		
5220	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.	1.850	104,05	194,28	1,9

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
5230	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus. Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.	2.200	123,73	225,36	1,8
5240	Teilleistungen nach den Nummern 5200 bis 5230: Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
5250	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	7,87	23,31	3,0
5260	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270	15,19	38,86	2,6
5270	Teilunterfütterung einer Prothese	180	10,12	34,19	3,4
5280	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	15,19	42,74	2,8
5290	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450	25,31	62,95	2,5
5300	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540	30,37	62,95	2,1
5310	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt. Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.	730	41,06	72,24	1,8
5320	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2.200	123,73	216,72 (102)	1,8
5330	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2.800	157,48	270,90 (103c)	1,8
5340	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschl. Stütz-, Halte oder Hilfsvorrichtungen Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.	7.300	410,57	270,90 (104a) 451,50 (104b)	1,0 1,1

G. Kieferorthopädische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 6100, 6120, 6140 und 6150 beinhalten auch die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien wie zum Beispiel unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachements und Edelstahlbänder.

Werden darüber hinausgehende Materialien verwendet, können die Mehrkosten für diese Materialien gesondert berechnet werden, wenn dies vor der Verwendung mit dem Zahlungspflichtigen nach persönlicher Absprache schriftlich vereinbart worden ist. Diese Vereinbarung hat Angaben über die voraussichtliche Höhe der einzelnen Material- und Laborkosten und die Material- und Laborkosten der in Abzug zu bringenden Standardmaterialien zu enthalten. In der Vereinbarung ist darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
6000	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 6000 im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen.	80	4,50	11,20	2,5
6010	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach Nummer 0060	180	10,12	26,13	2,6
6020	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360	20,25	21,65	1,1
6030	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1.350	75,93	98,55	1,3
6040	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2.100	118,11	152,31	1,3
6050	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach der Nummer 6040 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a) bis e) erfüllt sein: a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen, b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter, c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad, d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz, e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen	3.600	202,47	206,06 (119c)	1,0
			202,47	250,86 (119d)	1,3
6060	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1.800	101,24	152,31 (120a)	1,6
6070	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2.600	146,23	170,22 (120b)	1,2

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
6080	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muss mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a) bis c), bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein: a) Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter, b) Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal, c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen. Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss, innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten. Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.	3.600	202,47	206,06 (120c) 250,86 (120d)	1,1 1,2
6090	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, je Kiefer	700	39,37		
6100	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	9,28	13,44	1,5
6110	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und ggf. Versiegelung des Zahnes	70	3,94	4,48	1,2
6120	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	12,94	31,26 (126b) 22,40 (126c)	2,5 1,7
6130	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	1,12	4,48	3,8
6140	Eingliederung eines Teilbogens	210	11,81	18,67	1,6
6150	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend, je Kiefer	500	28,12	29,86 (128b) 17,92 (129)	1,1 0,7
6160	Eingliederung einer intra-/extraoralen Verankerung (z.B. Headgear)	370	20,81	53,76	2,6
6170	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 6160 und 6170 sind gesondert berechnungsfähig.	500	28,12		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
6180	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	15,19	22,40	1,5
6190	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen Neben der Leistung nach der Nummer 6190 ist eine Leistung nach der Nummer 0010 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.	140	7,87		
6200	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	25,31	12,69	0,5
6210	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90	5,06	10,45	2,1
6220	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z.B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer	180	10,12	32,10	3,2
6230	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	10,12	20,16	2,0
6240	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	15,19	29,86	2,0
6250	Beseitigung des Diastemas, als selbständige Leistung	450	25,31		
6260	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung	1.100	61,87		

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Allgemeine Bestimmung

Endgültige Kronen, Brücken und Prothesen dürfen nicht als Aufbissbehelfe oder Schienen nach Abschnitt H berechnet werden.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
7000	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,19	40,64	2,7
7010	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99	95,72	2,1
7020	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	450	25,31	55,08	2,2
7030	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z.B. durch Unterfütterung	370	20,81	27,09	1,3
7040	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	65	3,66	5,42	1,4
7050	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	10,12	10,84	1,1
7060	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,06	31,61	1,4
7070	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	5,06	9,93	2,0
7080	Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzendem laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung	600	33,75		
7090	Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigten Provisorium im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung	270	15,19		
	Die Berechnung der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 setzt voraus, dass es sich bei dem festsitzenden laborgefertigten Provisorium um ein Langzeitprovisorium mit einer Tragezeit von mindestens drei Monaten handelt.				
	Beträgt die Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums unter drei Monaten, sind anstelle der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 die Leistungen nach den Nummern 2260, 2270, oder 5120 und 5140 berechnungsfähig.				
	Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 7080 oder 7090 sind die Leistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 oder 5060 nicht berechnungsfähig.				
7100	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Interimszähnersatzes, je Krone, Spanne oder Freidendbrückenglied	200	11,25		
	Die Wiedereingliederung desselben festsitzenden laborgefertigten Provisoriums nach den Nummern 7080 oder 7090, ggf. auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 7080 bis 7100 abgegolten.				

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
8000	Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation Die Leistung nach der Nummer 8000 umfasst folgende zahnärztliche Leistungen: prophylaktische, prothetische, prothetische, parodontologische und okkulsale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z. B. Resillienzttest, Provokationstest).	500	28,12		
8010	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat Die Leistung nach Nummer 8010 ist je Sitzung höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach der Nummer 8010 sind die Material- und Laborkosten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks gesondert berechnungsfähig.	180	10,12	17,87	1,8
8020	Arbiträre Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	300	16,87		
8030	Kinematische Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	550	30,93		
8035	Kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, ggf. das Anlegen eines Übertragungsbogens, ggf. das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator) Neben den Leistungen nach den Nummern 8020 bis 8035 sind die Material- und Laborkosten für die Artikulation des Ober- und Unterkiefermodells im (halb) individuellen Artikulator gesondert berechnungsfähig.	550	30,93		
8050	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	500	28,12		
8060	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	750	42,18		
8065	Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung volladjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung Neben den Leistungen nach den Nummern 8050 bis 8065 sind Material- und Laborkosten für die Einstellung des (halb) individuellen Artikulators nach den gemessenen Werten gesondert berechnungsfähig.	850	47,81		
8080	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung, je Sitzung	250	14,06		

PRIVATE GEBÜHRENORDNUNGEN

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
8090	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Sitzung	250	14,06		
8100	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar	20	1,12		

K. Implantologische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, ggf. einschließlich Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate und Implantatteile und nur einmal verwendbare Implantatfräsen sind gesondert berechnungsfähig.

Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder Geweberegeneration (z. B. Membranen), zur Fixierung von Membranen, zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
9000	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Feststellung der Implantatpositionen, ggf. mit Hilfe einer individuellen Schablone zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer Bei Verwendung einer Röntgenmessschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.	884	49,72		
9003	Verwenden einer Orientierungsschablone/Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer Bei Verwendung einer Orientierungsschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.	100	5,62		
9005	Verwenden einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone/chirurgischen Führungsschablone zur Implantation, ggf. einschließlich Fixierung, je Kiefer Die verwendeten Fixierungselemente sowie die Material- und Laborkosten der Navigationsschablone sind gesondert berechnungsfähig.	300	16,87		
9010	Implantatinsertion, je Implantat Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität (z. B. Tiefenlehre), ggf. einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantates, Einbringen eines enossalen Implantates, einschließlich Verschlusschraube und ggf. Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss	1.545	86,89		
9020	Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat	515	28,96		
9040	Freilegen eines Implantates und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. eines Gingivaformers) bei einem zweiphasigen Implantatsystem	626	35,21		
9050	Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase 1. Die Leistung nach Nummer 9050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig. 2. Die Leistung nach Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und nur höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.	313	17,60		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
9060	Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall Die Leistung nach Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.	313	17,60		
9090	Knochengewinnung (z. B. Knochenkollektor oder Knochenschaber), Knochenaufbereitung und –implantation, auch zur Weichteilunterfütterung Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder –schabers sind gesondert berechnungsfähig.	400	22,50		
9100	Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich Mit der Leistung nach Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten: Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaugesbietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren 1. Die Leistung nach Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht abrechnungsfähig. 2. Neben der Leistung nach Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht berechnungsfähig. 3. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9110 erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig. 4. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.	2.694	151,52		
9110	Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift) Mit der Leistung nach Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten: Schaffung des Zugangs durch die Alveole oder das Implantatfach, Anhebung des Kieferhöhlenbodens durch knochenverdrängende oder knochenverdichtende Maßnahmen und der Kieferhöhlenmembran, Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugesbietes des Implantatfaches und Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) Die Leistung nach Nummer 9110 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 berechnungsfähig.	1.500	84,36		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
9120	<p>Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte</p> <p>Mit einer Leistung nach Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten:</p> <p>Schaffung des Zugangs zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochendeckel), Präparation der Kieferhöhlenmembran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Kieferhöhlenmembran, Lagerbildung, ggf. Entnahme von Knochenespänen innerhalb des Aufbaugesbietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), ggf. Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren – einschließlich Fixierung –, ggf. Reposition des Knochendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss</p>	3.000	168,73		
9130	<p>Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten (Bone Splitting), ggf. mit Auffüllung der Spalträume mittels Knochen oder Knochenersatzmaterial, ggf. einschließlich zusätzlicher Osteosynthesemaßnahmen, ggf. einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren und deren Fixierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, oder vertikale Distraction des Alveolarfortsatzes, einschließlich Fixierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 9130 ist die Leistung nach der Nummer 9100 nicht berechnungsfähig.</p>	1.540	86,61		
9140	<p>Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugesbietes, ggf. einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahme-region, einschließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> <p>Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr nach Nummer 9140 berechnungsfähig. Von einem Knochenblock im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung ist auszugehen, wenn dieser bei der Implantation eigenständig fixiert werden muss.</p>	650	36,56		
9150	<p>Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z. B. Schrauben- und Plattenosteosynthese oder Titanetze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p>	675	37,96		
9160	<p>Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z. B. Barrieren - einschließlich Fixierung -, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p>	330	18,56		
9170	<p>Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z. B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben) oder Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantates, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> <p>Die Entfernung eines Implantates ist mit der Gebühr für die Leistungen nach den Nummern 3000 oder 3030 abgegolten.</p>	500	28,12		

ABSCHNITT L

Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Bei nichtstationärer Durchführung von bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen in der Praxis niedergelassener Zahnärzte oder in Krankenhäusern können zur Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. geräte und/oder von Materialien, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind, Zuschläge berechnet werden.
2. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind zahnärztlich-chirurgische Leistungen
 - nach den Nummern 3020, 3030, 3040, 3045, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3160, 3190, 3200, 3230 3240, 3250, 3260, 3270, 3280 in Abschnitt D,
 - nach den Nummern 4090, 4100, 4130 und 4133 in Abschnitt E sowie
 - nach den Nummern 9010, 9020, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160, 9170 in Abschnitt K zuzuordnen.
4. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete zahnärztlich-chirurgische Leistung aufzuführen.
5. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 0500 bis 0530 ist die erbrachte zahnärztlich-chirurgische Leistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlages nach den Nummern 0500 bis 0530 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen zahnärztlich-chirurgischen Leistungen ist nicht möglich.
6. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der nichtstationären Operation notwendig und entsprechend begründet wird.
7. Die Zuschläge nach den Nummern 0110, 0120, sowie 0500 bis 0530 sind neben den entsprechenden Zuschlägen nach den Nummern 440 bis 445 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
0500	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind, oder zu den Leistungen nach den Nummern 4090 oder 4130 Der Zuschlag nach Nummer 0500 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0500 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0510 bis 0530 nicht berechnungsfähig.	400	22,50		
0510	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind Der Zuschlag nach Nummer 0510 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0510 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0520 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.	750	42,18		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in € 1-fach	BEMA Wert	BEMA = GOZ
0520	<p>Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1.199 Punkten bewertet sind</p> <p>Der Zuschlag nach Nummer 0520 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0520 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0510 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.</p>	1.300	73,11		
0530	<p>Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1.200 und mehr Punkten bewertet sind</p> <p>Der Zuschlag nach Nummer 0530 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0530 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500 bis 0520 nicht berechnungsfähig.</p>	2.200	123,73		

Verordnung einer Krankenförderung

Voraussetzung für die Verordnung einer Krankenförderung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z. B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z. B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen.

Grundlage der Verordnung einer Krankenförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL).

Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragszahnarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Zuzahl- pflicht	1 Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zuzahl- frei	Name, Vorname des Versicherten	
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

- 2 Unfall, Unfallfolge
- 2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- 2 Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- 3 Hinfahrt 3 Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) 4 voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung 4 vor-/nachstationäre Behandlung
- b) 5 ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) 6 anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: 6

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) 7 hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie 7 vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) 8 dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) 9 anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **TTMMJJ** / x pro Woche, bis voraussichtlich **TTMMJJ**
 Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

- 11 Taxi/Mietwagen 13 Rollstuhl
- 12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen 13 Tragestuhl
- 12 13 legend
- 14 RTW 15 NAW/NEF 16 andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

17

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

① Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Krankenbeförderung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe ②),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe ②) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

② Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Personalienfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

③ Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragszahnarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragszahnarzt unter ⑰ bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

④ a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenbeförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter ⑰ angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

⑤ b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen; Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

Die genehmigungsfreie Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragszahnarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ - erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr - im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Verordnungsfähig sind Fahrten, die mittels Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder **11** und ggf. **13** zu nutzen. Ist ein Krankentransportwagen erforderlich, ist die Fahrt unter **9** zu verordnen.

6 c) anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),

- für Fahrten zu einer stationsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung,
- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall) und
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch ohne eine anschließende stationäre Behandlung).

Der Anlass ist in der Freitextzeile **6** zu erfassen.

Diese Beförderungsgründe sind für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

7 d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zu diesen ambulanten Behandlungen verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig sind.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

7 vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter **17** zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

8 e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld 5 genannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter 17 zu begründen.

9 f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird.

Das Ankreuzfeld ist auch zu nutzen, sofern für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 eine Fahrt im KTW erforderlich ist.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter 12 zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter 11 bis 15 anzugeben. Weiterhin ist unter 17 der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

10 2. Behandlungstag/-frequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz zu machen und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragszahnarztes oder fachliche Ausrichtung des Vertragszahnarztes) anzugeben.

Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden. In diesen Fällen ist eine Begründung unter 17 anzugeben.

Bei der Angabe der Behandlungsstätte ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragszahnarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die anfallenden Mehrkosten ggf. selbst zu tragen.

3. Art der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter 13 zu kennzeichnen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung einer Krankenförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maß-

geblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung einer Beförderung mittels KTW können zusätzlich die Felder unter **13** Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

13 Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „Rollstuhl“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrsessel befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung).

Das Feld „Tragestuhl“ ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich (Fahrzeugausstattung: Tragestuhl).

Das Feld „liegend“ ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

14 RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

16 andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z. B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn die Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

17 4. Begründung/Sonstiges

Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach **7** und **8**.

Dieses Freitextfeld ist darüber hinaus für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,
- Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter **10** nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),
- Begründung, wenn ein Behandlungstag unter **10** nicht bekannt ist,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationärsersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,

Auslandsabkommen

Änderungen zum 01.10.2021 bei der vertragszahnärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind

Mit der „Vereinbarung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland“ wurde das Verfahren zur Behandlung von im Ausland krankenversicherten Patienten erstmalig in einer eigenständigen Vereinbarung normiert.

Änderungen

- Wegfall der Muster 80, 81 und Ersatz durch kürzere „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“
- Patientenerklärung in allen Teilen zweisprachig und in den am häufigsten benötigten Sprachfassungen vorhanden
- Keine Kopie des Identifikationsnachweises mehr – lediglich Abgleich

Anspruch auf Behandlung

1. Nach EU-Recht

EU-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (nur griechischer Teil)

EWR-Staaten: Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz, das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland

2. Nach Abkommensrecht

Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei, Tunesien.

Bezüglich des Anspruchsnachweises, dem Leistungsumfang, den in Praxis durchzuführenden Aufgaben und der Abrechnung wird jeweils unterschieden zwischen

- Patienten, die ihren Wohnort in Deutschland haben
- Patienten, die nur vorübergehend in Deutschland sind
- Patienten, die zur Behandlung nach Deutschland eingereist sind

Zusätzliche Informationen

- ▶ Die Kurzübersichten im Anhang geben Informationen zu den wichtigsten Bestandteilen des Auslandsabkommens.
- ▶ Informationen über das Aussehen der EHIC in den verschiedenen Staaten sind unter www.dvka.de -> Leistungserbringer -> Informationsportal EHIC/PEB abrufbar.
- ▶ Für Patienten und Patientinnen, die nach Deutschland zur Behandlung eingereist sind und als Privatpatient bzw. Privatpatientin einen zugelassenen Zahnarzt oder eine zugelassene Zahnärztin aufsuchen, sind weitere Informationen zu den Ansprüchen und zur Abrechnung der Kosten auf den Seiten der Nationalen Kontaktstelle unter www.eu-patienten.de zu finden.
- ▶ Die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ steht in den Sprachen Bulgarisch, Dänisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Niederländisch, Polnisch, Rumänisch, Spanisch, Tschechisch und Ungarisch zur Verfügung.
- ▶ Die Kopie der EHIC/GHIC oder PEB oder des Nationalen Anspruchsnachweises sowie der Patientenerklärung müssen entsprechend 10 Jahre aufbewahrt werden (§ 8 Abs. 3 BMV-Z).

Anspruch nach EU-Recht

Gilt für folgende Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland, Zypern (nur griechischer Teil)

	Wohnort in Deutschland	Vorübergehend in Deutschland	Zur Behandlung eingereist
Anspruchsnachweis	eGK einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse mit Statusangabe 1070000 oder 1080000 für „Besondere Personengruppe“	<ul style="list-style-type: none"> European Health Insurance Card (EHIC)/Global Health Insurance Card (GHIC)* <u>oder</u> Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) <u>oder</u> Nationaler Anspruchsnachweis mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> Personalausweis oder Reisepass (ID-Card) (andere Identitätsnachweise können nicht akzeptiert werden) 	<ul style="list-style-type: none"> Nationaler Anspruchsnachweis <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> Personalausweis oder Reisepass (ID-Card) (andere Identitätsnachweise können nicht akzeptiert werden)
Leistungsanspruch	Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Sachleistungen	Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen	Anspruch auf Sachleistungen entsprechend des Nationalen Anspruchsnachweises

In der Praxis	Daten der eGK in das Praxisverwaltungssystem einlesen	<p>EHIC/GHIC/PEB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identität der Patienten anhand des vorgelegten Identitätsnachweises sowie die Gültigkeit der EHIC/GHIC bzw. der PEB überprüfen 2. EHIC/GHIC oder PEB zweifach kopieren (Original verbleibt bei Patient/Patientin). Die lesbaren Kopien werden mit Datum, Unterschrift und Zahnarztstempel versehen 3. „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ in der gewünschten Sprachfassung vom Patienten/von der Patientin ausfüllen (inkl. Krankenkassenwahl) und unterschreiben lassen 4. Original der Patientenerklärung sowie eine mit Zahnarztstempel und Unterschrift versehene Kopie der EHIC/GHIC bzw. PEB unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden 5. Kopie der EHIC/GHIC bzw. PEB sowie der Patientenerklärung verbleiben in der vertragszahnärztlichen Praxis 6. Daten manuell in das Praxisverwaltungssystem eingeben. Statusangabe 1070000 „Besondere Personengruppe“ eintragen <p>Nationaler Anspruchsnachweis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identität der Patienten anhand des vorgelegten Identitätsnachweises überprüfen 2. Der nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs in der vertragszahnärztlichen Praxis 3. Daten manuell in das Praxisverwaltungssystem eingeben. Statusangabe 1070000 „Besondere Personengruppe“ eintragen 	<p>Nationaler Anspruchsnachweis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identität der Patienten anhand des vorgelegten Identitätsnachweises überprüfen 2. Der nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs in der vertragszahnärztlichen Praxis 3. Daten manuell in das Praxisverwaltungssystem eingeben. Statusangabe 1070000 „Besondere Personengruppe“ eintragen
Abrechnung	Abrechnung wie gewohnt bei gesetzlich krankenversicherten Personen über KZV	Abrechnung nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 10 BMV-Z) über die KZV	Abrechnung nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 10 BMV-Z) über die KZV
Fehlender Anspruchsnachweis	Es gelten die üblichen Regelungen bei Nichtvorlage einer eGK oder einer technischen Störung, die ein Einlesen der eGK unmöglich macht, inkl. der Ersatzverfahren und Nachreichungsfristen nach Anlage 10 BMV-Z.	<p>Behandlung auf Grundlage der GOZ</p> <p>Honorarrückerstattung bei Vorlage einer gültigen PEB oder eines Nationalen Anspruchsnachweises mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ und des Identitätsnachweises innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme. (1)</p> <p>Die EHIC/GHIC ist in diesem Fall nur zu akzeptieren, wenn sie am Behandlungstag selbst oder am folgenden Arbeitstag vorgelegt wird.</p>	<p>Behandlung auf Grundlage der GOZ</p> <p>Honorarrückerstattung bei Vorlage des Nationalen Anspruchsnachweises und/oder des Identitätsnachweises innerhalb von 10 Tagen (2)</p>

Verordnung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Nur wenn sie während des Aufenthaltes in Deutschland medizinisch notwendig sind - Keine Verordnung eines Vorrates (Ausnahme: Fortsetzung einer Behandlung bei Grenzgängern in Rente) - Wirtschaftliche Verordnung - Verordnung auf Muster 16 Anlage 14a BMV-Z - Bei Honorar auf GOZ/GOÄ-Basis → Privatrezept
Verordnung von Heilmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Verordnung mit Vordruck 9 Anlage 14a BMV-Z - Bei Honorar auf GOZ/GOÄ-Basis → Privatrezept
Überweisung	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Notwendigkeit möglich für Patienten mit eGK, EHIC/GHIC oder PEB - Bei Patienten mit Nationalem Anspruchsnachweis bescheinigt der Erstbehandler die Notwendigkeit weiterer Leistungen auf der Überweisung - Überweisung erfolgt auf Rezeptformular Muster 16 oder formlos - Die vom ersten Behandler gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse bleibt immer bestehen - Angabe der Aufenthaltsdauer bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten
Verordnung Krankenhausbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Falls eine sofortige Krankenhauseinweisung erforderlich ist → Muster 2 Anlage 14a BMV-Z
Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Bestimmungen wie für Versicherte der deutschen Krankenkassen - Patient/Patientin erhält eine papiergebundene AU-Bescheinigung – gilt auch für Patienten/Patientinnen mit Wohnsitz Deutschland und eGK Statusergänzung „7“

- (1) Patienten können die PEB entweder selbst bei ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger im Heimatstaat anfordern oder eine Anspruchsbescheinigung durch eine deutsche gesetzliche Krankenkasse ihrer Wahl anfordern lassen. Bestätigt der ausländische zuständige Krankenversicherungsträger den Anspruch, stellt die gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse einen Nationalen Anspruchsnachweis mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ aus.
Aufgrund der Möglichkeit, die Anspruchsbescheinigungen bzw. den Identitätsnachweis nachzureichen, wird empfohlen, dass Patienten die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ auch bei einer Behandlung auf Grundlage der GOZ ausfüllen. Die Praxis sollte diese für den Zeitraum von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme aufbewahren.
- (2) Legen Patienten nur eine Anspruchsbescheinigung (Vordrucke E 112, S2 oder S3) vor → Verweisung an eine zu wählende deutsche aushelfende Krankenkasse zur Ausstellung eines Nationalen Anspruchsnachweises.
Wichtig, da ohne die Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis nicht ersichtlich ist, welchen genauen Leistungsumfang der ausländische Krankenversicherungsträger genehmigt hat. Gerade bei einer möglichen Nachreichung des Nationalen Anspruchsnachweises kann die Unkenntnis über den genehmigten Leistungsumfang zu erheblichem Verwaltungsmehraufwand in der Praxis führen.
In Einzelfällen, falls Gesundheitszustand der Patienten eine Verweisung an die deutsche aushelfende Krankenkasse nicht zulässt oder diese auf einer Behandlung bestehen → Behandlung/Abrechnung auf Grundlage der GOZ
Bei Einreise zur Behandlung ohne vorherige Genehmigung vom zuständigen ausländischen Versicherungsträger → Behandlung/Abrechnung nach GOZ

Anspruch nach Abkommensrecht

Gilt für folgende Staaten: Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei, Tunesien

	Wohnort in Deutschland	Vorübergehend in Deutschland (Erkrankung ist akut aufgetreten)	Vorübergehend in Deutschland (Erkrankung bestand bereits vor der Ausreise aus dem Abkommensstaat)
Anspruchsnachweis	eGK einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse mit Statusangabe 1070000 oder 1080000 für „Besondere Personengruppe“	<ul style="list-style-type: none"> Nationaler Anspruchsnachweis UND <ul style="list-style-type: none"> Personalausweis oder Reisepass (ID-Card) 	<ul style="list-style-type: none"> Nationaler Anspruchsnachweis UND <ul style="list-style-type: none"> Personalausweis oder Reisepass (ID-Card)
Leistungsanspruch	Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Sachleistungen	Anspruch besteht nur auf <u>sofort notwendige</u> Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen gilt der Anspruch <u>nur</u> bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung. Weitere Behandlungseinschränkungen, die auf dem Nationalen Anspruchsnachweis vermerkt sind, sind zu beachten.	Anspruch auf Sachleistungen entsprechend den Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis. Der Leistungsumfang richtet sich nach den Vorgaben, die der ausländische zuständige Krankenversicherungsträger im Rahmen seiner Genehmigung zur Behandlung in Deutschland gemacht hat. Diese werden von der gewählten deutschen Krankenkasse bei der Ausstellung des Nationalen Anspruchsnachweises berücksichtigt und auf diesem vermerkt.
In der Praxis	Daten der eGK in das Praxisverwaltungssystem einlesen	Nationaler Anspruchsnachweis <ol style="list-style-type: none"> Identität der Patientinnen und Patienten anhand des vorgelegten Identitätsnachweises überprüfen Der nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs in der vertragszahnärztlichen Praxis Daten manuell in das Praxisverwaltungssystem eingeben Statusangabe 1070000 „Besondere Personengruppe“ eintragen 	Nationaler Anspruchsnachweis <ol style="list-style-type: none"> Identität der Patientinnen und Patienten anhand des vorgelegten Identitätsnachweises überprüfen Der nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs in der vertragszahnärztlichen Praxis Daten manuell in das Praxisverwaltungssystem eingeben Statusangabe 1070000 „Besondere Personengruppe“ eintragen
Abrechnung	Abrechnung wie gewohnt bei gesetzlich krankenversicherten Personen über KZV	Abrechnung nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 10 BMV-Z) über die KZV	Abrechnung nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 10 BMV-Z) über die KZV
Fehlender Anspruchsnachweis	Es gelten die üblichen Regelungen bei Nichtvorlage einer eGK oder einer technischen Störung, die ein Einlesen der eGK unmöglich macht, inkl. Der Ersatzverfahren und Nachreichungsfristen nach Anlage 10 BMV-Z	Behandlung auf Grundlage der GOZ Gilt auch für bereits vor Aufenthalt in Deutschland bestehende Erkrankung, die nicht vom Nationalen Anspruchsnachweis abgedeckt wird. (3) Honorarrückerstattung bei Vorlage eines Nationalen Anspruchsnachweises bzw. Identitätsnachweises innerhalb von 10 Tagen	Behandlung auf Grundlage der GOZ (4) Honorarrückerstattung bei Vorlage eines Nationalen Anspruchsnachweises bzw. Identitätsnachweises innerhalb von 10 Tagen

Verordnung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Nur wenn sie während des Aufenthaltes in Deutschland medizinisch notwendig sind - Keine Verordnung eines Vorrates (Ausnahme Fortsetzung einer Behandlung bei Grenzgängern in Rente) - Wirtschaftliche Verordnung - Verordnung auf Muster 16 Anlage 14a BMV-Z - Bei Honorar auf GOZ/GOÄ-Basis → Privatrezept
Verordnung von Heilmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Verordnung mit Vordruck 9 Anlage 14a BMV-Z - Bei Honorar auf GOZ/GOÄ-Basis → Privatrezept
Überweisung	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Notwendigkeit möglich für Patienten mit eGK, EHIC/GHIC oder PEB - Bei Patienten mit Nationalem Anspruchsnachweis bescheinigt der Erstbehandler die Notwendigkeit weiterer Leistungen auf der Überweisung - Überweisung erfolgt auf Rezeptformular Muster 16 oder formlos - Die vom ersten Behandler gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse bleibt immer bestehen - Angabe der Aufenthaltsdauer bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten -
Verordnung Krankenhausbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Falls eine sofortige Krankenhauseinweisung erforderlich ist → Muster 2 Anlage 14a BMV-Z
Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Bestimmungen wie für Versicherte der deutschen Krankenkassen - Patient erhält eine papiergebundene AU-Bescheinigung – gilt auch für Patienten mit Wohnsitz Deutschland und eGK Statusergänzung „7“

- (3) Legen Patienten nur eine Anspruchsbescheinigung des ausländischen Versicherungsträgers (Vordrucke BH 6, D/RM 111, DE/MNE 111, DE 111 SRB, A/T 11, A/TN 11) vor → Verweisung an eine zu wählende deutsche aushelfende Krankenkasse zur Ausstellung eines Nationalen Anspruchsnachweis
Wichtig, da ohne die Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis nicht ersichtlich ist, welchen genauen Leistungsumfang der ausländische Krankenversicherungsträger genehmigt hat. Gerade bei einer möglichen Nachreichung des Nationalen Anspruchsnachweises kann die Unkenntnis über den genehmigten Leistungsumfang zu erheblichem Verwaltungsmehraufwand in der Praxis führen.
In Einzelfällen, falls Gesundheitszustand der Patienten eine Verweisung an die deutsche aushelfende Krankenkasse nicht zulässt oder diese auf einer Behandlung bestehen → Behandlung/Abrechnung auf Grundlage der GOZ
- (4) Legen Patienten nur eine Anspruchsbescheinigung des ausländischen Versicherungsträgers (Vordrucke A/T 12, A/TN 12, BH 5, DE/MNE 112, D/RM 112, DE 112 SRB) vor → Verweisung an eine zu wählende deutsche aushelfende Krankenkasse zur Ausstellung eines Nationalen Anspruchsnachweis
Wichtig, da ohne die Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis nicht ersichtlich ist, welchen genauen Leistungsumfang der ausländische Krankenversicherungsträger genehmigt hat. Gerade bei einer möglichen Nachreichung des Nationalen Anspruchsnachweises kann die Unkenntnis über den genehmigten Leistungsumfang zu erheblichem Verwaltungsmehraufwand in der Praxis führen.
In Einzelfällen, falls Gesundheitszustand der Patienten eine Verweisung an die deutsche aushelfende Krankenkasse nicht zulässt oder diese auf einer Behandlung bestehen → Behandlung/Abrechnung auf Grundlage der GOZ
Bei Einreise zur Behandlung ohne vorherige Genehmigung vom zuständigen ausländischen Versicherungsträger → Behandlung/Abrechnung nach GOZ

Zweiter Teil

Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen

(Heilmittelkatalog Zahnärzte)

**Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Hinweis:

Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen

Inhaltsverzeichnis

1 Physiotherapie bei:

- 1.1 Craniomandibulären Störungen
- 1.2 Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS
- 1.3 Chronifiziertem Schmerzsyndrom
- 1.4 Lymphabflussstörungen

2 Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie bei:

- 2.1 Störungen des Sprechens
- 2.2 Störungen des oralen Schluckakts
- 2.3 Orofazialen Funktionsstörungen

Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog ZÄ

/VO	= pro Verordnung
&	= und (zusätzlich)
/	= oder (alternativ)
z.B.	= zum Beispiel
ggf.	= gegebenenfalls
MLD-30	= Manuelle Lymphdrainage 30 Minuten
MLD-45	= Manuelle Lymphdrainage 45 Minuten
KG-ZNS	= Krankengymnastik zentrales Nervensystem nach Vollendung des 18. Lebensjahres
KG-ZNS-Kinder	= Krankengymnastik zentrales Nervensystem bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

1. Maßnahmen der Physiotherapie

1.1 Craniomandibuläre Störungen

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>CD1 Craniomandibuläre Störungen mit prognostisch kurzzeitigem bis mittelfristigem Behandlungsbedarf</p> <p>z.B. bei/nach</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiefergelenk- und/oder Muskelstörungen - Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - orthognathen Operationen - Tumoren 	<p>a Schmerzen durch Fehl-/Überbelastungen und Störungen der dynamischen Okklusion</p>	Schmerzreduktion, Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung	<p>vorrangige Heilmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengymnastik - Manuelle Therapie <p>ergänzende Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kältetherapie - Wärmetherapie - Elektrotherapie 	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 6 x/VO <p>orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 18 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erlernen eines Eigenübungsprogramms
	<p>b Muskeldysbalance, gestörte Muskelkoordination (syner- und antagonistischer Muskelgruppen), Muskelinsuffizienz, Muskelhypertrophie, Muskelhyper-/hypotonie, Muskelatrophie</p>	Wiederherstellung der physiologischen Muskelfunktion, Besserung der gestörten Muskelfunktion, Entspannung und Rekoordination der Muskulatur des craniomandibulären Systems		
	<p>c Muskelspannungsstörungen, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen</p>	Wiederherstellung/Besserung der gestörten Beweglichkeit		

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
	<p>d Gelenkfunktionsstörungen, Gelenkblockierungen, Bewegungsstörungen</p> <p>Schmerzen/Bewegungseinschränkung durch Diskusschäden, Gelenkschäden, Verkürzung elastischer und kontraktiver Strukturen</p>	<p>Funktionsverbesserung durch Beeinflussung der Gelenkstellung sowie Besserung der gestörten Beweglichkeit</p> <p>Schmerzreduktion durch Minderung/Beseitigung der Gelenkfunktionsstörungen</p>		

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>CD2 Craniomandibuläre Störungen mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf insbesondere wegen multiplen strukturellen oder funktionellen Schädigungen</p> <p>durch operationsbedingte funktionelle Einschränkungen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumoren, - schweren Traumata <p>oder</p> <p>mit Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten, wie das Kauen und/oder Sprechen und/oder den oralen Schluckvorgang, bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fehlbildungssyndromen, - angeborenen Fehlbildungen (z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten) - chronischer Osteoarthritis des Kiefergelenks 	<p>a Schmerzen durch Fehl-/Überbelastungen und Störungen der dynamischen Okklusion</p>	Schmerzreduktion, Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung	<p>vorrangige Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankengymnastik • Manuelle Therapie <p>ergänzendes Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kältetherapie - Wärmetherapie - Elektrotherapie 	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10 x/VO <p>orientierende Behandlungsmenge</p> <ul style="list-style-type: none"> - bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erlernen eines Eigenübungsprogrammes
	<p>b Muskeldysbalance, gestörte Muskelkoordination (syner- und antagonistischer Muskelgruppen), Muskelinsuffizienz, Muskelhyper-/hypotonie</p>	Wiederherstellung der physiologischen Muskelfunktion, Besserung der gestörten Muskelfunktion, Entspannung und Rekoordination der Muskulatur des craniomandibulären Systems		
	<p>c Muskelspannungsstörungen, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen</p>	Wiederherstellung/ Besserung der gestörten Beweglichkeit		

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
	<p>d Gelenkfunktionsstörungen, Gelenkblockierungen, Bewegungsstörungen</p> <p>Schmerzen/Bewegungs- einschränkung durch Diskusschäden, Gelenkschäden, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen</p>	<p>Funktionsverbesserung durch Beeinflussung der Gelenkstellung sowie Besserung der gestörten Beweglichkeit</p> <p>Schmerzreduktion durch Minderung/Beseitigung der Gelenkfunktions- störungen</p>		

1.2 Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p><u>ZNSZ</u> Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS</p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lippen-/Kiefer-/Gaumenspalt-Patienten - Trisomie 21 - Tumor/Trauma mit zentralnervösen Störungen (Störungen ZNS) - Fehlfunktionen der orofazialen Muskulatur bei Patienten mit neuromuskulären Bewegungsstörungen 	<p>Pathologische Bewegungsmuster der mimischen Muskulatur sowie der Zungen-, Kau- und Schlundmuskulatur</p>	<p>Funktionsverbesserung, Veränderung des Funktionsmusters</p> <p>Wiederherstellung/Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion</p> <p>Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System</p> <p>Erlernen/Bahnen physiologischer Bewegungsmuster</p> <p>Orofaziale Stimulation</p>	<p>vorrangige Heilmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengymnastik - KG-ZNS - KG-ZNS-Kinder <p>ergänzende Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kältetherapie - Wärmetherapie - Elektrotherapie 	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10 x/VO <p>Orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich

1.3 Chronifiziertes Schmerzsyndrom

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>CSZ Chronifiziertes Schmerzsyndrom im Zahn-, Mund- und Kieferbereich</p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atypischer Odontalgie, z.B. nach endodontischer Behandlung oder Zahnextraktion - Folgen nach oder bei neuropathischen Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich - Primäres (idiopathisches) Mund- und Zungenbrennen - Persistierende Kiefergelenkschmerzen/ Kiefermuskelschmerzen 	<p>a anhaltende/rezidivierende Schmerzen unterschiedlichen Schmerzcharakters mit und ohne Ausstrahlung</p>	Schmerzlinderung durch Besserung der Beweglichkeit, Entlastung schmerzender Strukturen	<p>vorrangige Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengymnastik - Manuelle Therapie <p>ergänzende Heilmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kältetherapie - Wärmetherapie - Elektrotherapie 	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 6 x/VO <p>Orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 18 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erlernen eines Eigenübungspro- gramms
	<p>b Schmerzen durch Muskelspannungsstörungen/ Dysbalance der craniomandibulären Muskulatur</p>	Regulierung der schmerzhaften Muskelspannung, der Durchblutung, des Stoffwechsels		
	<p>c schmerzbedingte Bewegungsstörungen/ Funktionsstörungen</p>	Schmerzlinderung/Funktions- verbesserung durch Besserung der Beweglichkeit		

1.4 Lymphabflussstörungen

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>LYZ1 Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich</p> <p>mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf</p> <p>bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems</p> <p>bei dauerhafter oder temporärer Unterbrechung der Lymphabflusswege nach</p> <ul style="list-style-type: none"> – tumorchirurgischem oder chirurgischem Eingriff oder – strahlentherapeutischer Behandlung oder – Trauma <p>im Mund- und Kieferbereich.</p>	<p>Schmerzlose oder schmerzhafte, zeitweise lymphatische/lymphostatische Schwellung</p>	<p>Vermeidung der Ausbildung eines chronischen Lymphödems</p> <p>Entstauung/Besserung des Lymphflusses, Besserung des Haut- und Unterhautstoffwechsels, auch zur Vermeidung weiterer Komplikationen</p> <p>Reduktion der Anreicherung von Gewebeflüssigkeit</p>	<p>vorrangige Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • MLD-30 <p>ergänzende Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kältetherapie • Wärmetherapie • Elektrotherapie • Übungsbehandlung 	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 6 x/VO <p>orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 12 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erlernen eines Eigenübungsprogramms
	<p>Schmerzen, Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers durch lokale Schwellung (z.B. Ödem, Hämatom)</p>	<p>Schmerzreduktion/ Besserung der Beweglichkeit durch Entstauung/Verbesserung des Lymphflusses</p>		

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>LYZ2 Chronische Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich</p> <p>mit prognostisch länger andauerndem Behandlungsbedarf</p> <p>bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems</p> <p>bei dauerhafter oder temporärer Unterbrechung der Lymphabflusswege nach</p> <ul style="list-style-type: none"> - umfangreichem tumorchirurgischen oder chirurgischem Eingriff oder - strahlentherapeutischer Behandlung oder - schwerem Trauma <p>im Mund- und Kieferbereich.</p>	<p>Chronisches schmerzloses oder schmerzhaftes, länger bestehendes bzw. dauerhaft manifestes Lymphödem</p> <p>auch mit Sekundärschäden an Haut und Unterhautgewebe und/oder mit Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers, Stauungsdermatosen</p>	<p>Entstauung/Besserung des Lymphflusses, Besserung des Haut- und Unterhautstoffwechsels, auch zur Vermeidung weiterer Komplikationen</p>	<p>vorrangige Heilmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MLD-30 • MLD-45 <p>ergänzende Heilmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kältetherapie • Wärmetherapie • Elektrotherapie • Übungsbehandlung 	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10 x/VO <p>orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erlernen eines Eigenübungsprogramms

2. Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

2.1 Störungen des Sprechens

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>SPZ Störungen des Sprechens</p> <p>z.B. bei/nach</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mund-, Kieferanomalien (z.B. bei offenem Biss, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus addentalis) - orthognathen Operationen - tumorchirurgischen Eingriffen oder strahlentherapeutischer Behandlung im Zahn-, Mund-, Kieferbereich - Anomalien der Zahnstellung, Fehlbildung des Kiefers, fehlerhafter Lagebeziehung der Kiefer zueinander sowie 	<p>Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Lautbildung im Mund-Kiefer-, Gesichtsbereich - des orofazialen Muskelgleichgewichts 	<p>Wiederherstellung und Verbesserung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten</p> <p>Normalisierung der Lautbildung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sprech- und Sprachtherapie 30 • Sprech- und Sprachtherapie 45 • Sprech- und Sprachtherapie 60 <p>30 oder 45 oder 60 Minuten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10 x/VO <p>orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
Fehlfunktion/Größe der Zunge				

2.2 Störungen des oralen Schluckakts

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>SCZ Störungen des oralen Schluckakts</p> <p>z.B. bei/nach</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - Tumor-Operationen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - orthognathen Operationen - operativer Versorgung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten - Zungenfehlfunktion - viszeralem Schlucken 	<p>Störungen in der oralen Phase des Schluckakts (motorisch und sensorisch)</p>	<p>Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckakts</p> <p>ggf. Erarbeitung von Kompensationsstrategien</p> <p>Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schlucktherapie 30 • Schlucktherapie 45 • Schlucktherapie 60 <p>30 oder 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10 x/VO <p>orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich

2.3 Orofaziale Funktionsstörungen

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/ Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- - weitere Hinweise
<p><u>OFZ</u> Orofaziale Funktionsstörungen</p> <p>z.B. bei/nach</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - Tumor-Operationen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - orthognathen Operationen - angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen - Zahn- und Kieferfehlstellungen während der Wachstumsphase sowie in den in Abschnitt B Nr. 4 Satz 2 und 3 der Richtlinie des G-BA für die Kieferorthopädische Behandlung genannten Ausnahmefällen mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. 	<p>Störungen der orofazialen Funktion ohne Beeinträchtigung der Artikulation (des Sprechens), z.B. habituelle Mundatmung, orale Habits</p>	<p>Funktionsverbesserung, Veränderung des Funktionsmusters</p> <p>Wiederherstellung/ Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion</p> <p>Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sprech- und Sprachtherapie 30 • Sprech- und Sprachtherapie 45 • Sprech- und Sprachtherapie 60 <p>30 oder 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10 x/VO <p>orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich

