

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

1. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann als alleinige Leistung oder neben der ersten zahnärztlichen Leistung abgerechnet werden. Sie kann jedoch neben Nr. 01 nicht abgerechnet werden, wenn beide Leistungen in derselben Sitzung erbracht werden. Ferner kann eine Beratungsgebühr nicht neben einer Gebühr für einen Besuch abgerechnet werden.
2. Wenn in dem Behandlungsfall bereits eine Beratungs- oder Besuchsgebühr abgerechnet worden ist, kann auch neben der ersten zahnärztlichen Leistung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden.
3. Eine Leistung nach Nr. Ä1 kann nicht anstelle einer Gebühr für eine andere zahnärztliche Leistung abgerechnet werden.
4. Über die Nrn. Ä 1, 01k und 01 hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung und/oder Beratung bestehen nicht.
5. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 zum Zwecke des Abschlusses einer zahnärztlichen Behandlung ist keine abrechnungsfähige Leistung.
6. Die Tatsache, dass sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume erstreckt (z. B. Wurzelbehandlung, Maßnahmen nach chirurgischen Eingriffen), berechtigt für sich allein den Zahnarzt nicht, in jedem neuen Abrechnungszeitraum die Nr. Ä 1 abzurechnen.
7. Erstreckt sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume (Quartale), so ist nach 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.

(ergänzende Klarstellung vom 27.01.1971 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ - gilt nur für Ersatzkassen)

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

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

Die Leistung beinhaltet folgende Bestandteile:

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

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

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

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

02 Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps 20

Ohn

Neben einer Leistung nach der Nr. 02 ist für dieselbe Sitzung eine Leistung nach der Nr. Ä 1 nicht abrechnungsfähig.

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

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

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:

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 > 5,5mm).

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 Behand-

lung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen abgerechnet werden.

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 Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Inz1 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 |
| Rö 8 | c) bis acht Aufnahmen | 27 |
| Stat | d) Status bei mehr als acht Aufnahmen | 34 |

Ä 928 Röntgenaufnahme der Hand 30

Ä 934 Aufnahme des Schädels

- | | | |
|--|---|-----------|
| | a) eine Aufnahme (auch Fernröntgenaufnahme) | 19 |
| | b) zwei Aufnahmen | 30 |
| | c) mehr als zwei Aufnahmen | 36 |

1. Eine Leistung nach Nr. Ä 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 abrechnungsfähig.
3. Die Darstellung beider Kiefer durch ein Orthopantomogramm schließt die gleichzeitige Anfertigung eines Rö-Status nach Nr. Ä 925 d aus. Eine zusätzliche Gelenkaufnahme ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
4. Bissflügelenaufnahmen zur Kariesfrüherkennung werden nach Geb.-Nr. Ä 925 a oder b abgerechnet und sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
5. Röntgenaufnahmen sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.

8 Sensibilitätsprüfung der Zähne **6**

ViPr

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

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
10	Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung	6
üZ	Prophylaktische Maßnahmen können nicht nach Nr. 10 abgerechnet werden.	
11	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung	19
pV	<ol style="list-style-type: none"> Unvollendete Füllungen sind nach Nr. 11 im folgenden Quartal unter Verwendung des Erfassungsscheines abzurechnen. Im laufenden Quartal können unvollendete Füllungen nur dann abgerechnet werden, wenn eindeutig feststeht, dass sie nicht mehr vollendet werden. 	
12	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	10
bMF	<ol style="list-style-type: none"> Das Separieren von Zähnen bei kieferorthopädischer Behandlung und das Anlegen von Spanngummi bei Fissurenversiegelung können nach Nr. 12 abgerechnet werden. Die Abrechnung der Nr. 12 im Zusammenhang mit den Nrn. 18, 20 und 91 für das Verdrängen des Zahnfleisches zum Zwecke der Abformung, z. B. mittels Retraktionsringen oder -fäden, ist nicht möglich. Muss jedoch störendes Zahnfleisch, z. B. zum Zwecke des Erkennens von unter sich gehenden Stellen, zur Darstellung der Präparationsgrenze oder zur subgingivalen Stufenpräparation, z. B. durch Retraktionsringe verdrängt werden, ist die Nr. 12 abrechnungsfähig. 	
13	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren	
F 1	a) einflächig	32
F 2	b) zweiflächig	39
F 3	c) dreiflächig	49
F 4	d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	58

Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich sind nach den Nrn. 13 e, f, g und **h** nur abrechnungsfähig, wenn sie entsprechend der Adhäsivtechnik erbracht wurden. **Sie sind abrechnungsfähig bei Kindern bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, bei Schwangeren, bei Stillenden** oder wenn eine Amalgamfüllung absolut kontraindiziert ist

e) einflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	52
f) zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	64
g) dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	84
h) mehr als dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	100

1. Mit der Abrechnung der Nr. 13 ist die Verwendung jedes erprobten und praxisüblichen plastischen Füllmaterials einschließlich der Anwendung der Ätztechnik und der Lichtaushärtung abgegolten. Eine Zuzahlung durch den Versicherten ist nicht zulässig. Die bundesmantelvertraglichen Regelungen bleiben unberührt.
2. **Amalgamfüllungen sind absolut kontraindiziert, wenn der Nachweis einer Allergie gegenüber Amalgam bzw. dessen Bestandteilen gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie erbracht wurde bzw. wenn bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz neue Füllungen gelegt werden müssen.**
3. Das Legen einer Gussfüllung, ebenso die ggf. im Zusammenhang hiermit erbrachte Anästhesie oder durchgeführten Maßnahmen nach Nr. 12 sind über den Erfassungsschein nicht abzurechnen, wohl aber eine vorausgegangene Behandlung des Zahnes.
4. Das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone ist nach der Nr. 13 a oder b abzurechnen.
5. Neben den Leistungen nach den Nrn. 13 a und b kann die Leistung nach Nr. 16 nicht abgerechnet werden.

6. Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a bis h ist die Lage der Füllung in der Bemerkungsspalte anzugeben. Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Abkürzungen bzw. Ziffern zu verwenden:

m = 1 = mesial

o = 2 = okklusal/inzisal

d = 3 = distal

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

l = 5 = lingual bzw. palatinal

Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen zur Anpassung der BEMA-Nr. 13 vom 15.06.2018

- 1) Der Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen geht davon aus, dass die nach den Nrn. 13 e, f, g und h abrechenbaren Füllungen im Seitenzahnbereich bei 1 % der Gesamtzahl der Füllungen liegen. Der Bewertungsausschuss **empfiehlt** der KZBV und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, geeignete Überprüfungsverfahren festzulegen, die sicherstellen, dass der angegebene Prozentsatz von 1 % eingehalten wird.
- 2) Wird der Prozentsatz wesentlich überschritten, werden der Bewertungsausschuss und ggf. der Erweiterte Bewertungsausschuss eine Überprüfung des bestehenden Bewertungsmaßstabes vornehmen.

Der Beschluss tritt am 01.07.2018 in Kraft.

14	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde	50
16 St	Stiftverankerung einer Füllung (zusätzlich zu den Nrn. 13 c, d), je Zahn, einschließlich Materialkosten	20
23 Ekr	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle	17

25 CP	<p>Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität</p> <p>1. Die Anwendung der Leistungen nach Nrn. 25 und 26 ist nur dann angebracht, wenn es durch sie allein möglich ist, die Devitalisierung der Pulpa eines Zahnes zu vermeiden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist.</p> <p>2. Eine Leistung nach Nr. 25 kann nicht angewendet werden, wenn es sich darum handelt, aus Zeitgründen eine Kavitätenpräparation und -füllung vorzeitig abubrechen. Desgleichen kann sie dann nicht zur Anwendung kommen, wenn es sich darum handelt, die für den Kranken mit Schmerzen verbundene Kavitätenpräparation abubrechen und durch Teilung in zwei oder mehrere Sitzungen erträglicher zu gestalten.</p>	6
26 P	<p>Direkte Überkappung, je Zahn</p> <p>Direkte Überkappung im bleibenden Zahn bei artifizieller oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa, je Zahn</p>	6
27 Pulp	<p>Pulpotomie</p> <p>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</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 27 ist bei Milchzähnen nur abrechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung eine der Nrn. 13 a bis h oder 14 erbracht wird.</p>	29
28 VitE	<p>Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 28 ist für denselben Zahn nur in Ausnahmefällen neben der Leistung nach Nr. 27 abrechnungsfähig.</p>	18
29 Dev	<p>Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität, je Zahn</p>	11

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
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.	
Med	28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	15
	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
Nb11	Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn die Stillung einer übermäßigen Blutung im zeitlichen Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff erfolgt, es sei denn, dass hierfür ein erheblicher zusätzlicher Zeitaufwand erforderlich war.	
37	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung	29
Nb12		
38	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung, je Sitzung	10
N		
	<ol style="list-style-type: none"> Nachbehandlungen sind abrechnungsfähig, wenn sie in besonderen Sitzungen, nicht jedoch in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Extraktion oder Operation erforderlich sind. 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

1. Leistungen nach den Nrn. 40 und 41 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
2. Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 40 kann im Bereich von zwei nebeneinander stehenden Zähnen nur einmal je Sitzung erfolgen. Die beiden mittleren Schneidezähne gelten im Falle der Infiltrationsanästhesie nicht als ein Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen.
3. Bei lang dauernden Eingriffen ist die Nr. 40 ein zweites Mal abrechnungsfähig.
4. Die intraligamentäre Anästhesie ist nach Nr. 40 abrechnungsfähig. Werden im Ausnahmefall zwei nebeneinanderstehende Zähne intraligamentär anästhesiert, so kann die Nr. 40 je Zahn einmal abgerechnet werden.

41	Leitungsanästhesie	
-----------	---------------------------	--

L1	a) intraoral	12
-----------	--------------	-----------

L2	b) extraoral	16
-----------	--------------	-----------

1. Leistungen nach den Nrn. 40 und 41 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
2. Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 41 kann nur erfolgen, wenn die Infiltrationsanästhesie (Nr. 40) nicht ausreicht. Dies ist gegeben:
 - im Unterkiefer in der Regel,
 - im Oberkiefer bei entzündlichen Prozessen, die die Anwendung der Infiltrationsanästhesie nicht gestatten, oder bei größeren chirurgischen Eingriffen, nicht bei Nrn. 43 bis 46, 49 und 50.
3. Bei chirurgischen und parodontal-chirurgischen Leistungen können in begründeten Ausnahmefällen die Nr. 41 und die Nr. 40 abgerechnet werden, wenn nur so eine ausreichende Anästhesietiefe oder die Ausschaltung von Anastomosen erreicht werden kann.

4. Bei lang dauernden Eingriffen ist die Nr. 41 ein zweites Mal abrechnungsfähig.

43 Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung 10

X1

Als einwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen:

alle Frontzähne

im Oberkiefer Zahn 5

im Unterkiefer Zahn 4 und Zahn 5

bei den Milchzähnen:

alle Frontzähne

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

44 Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung 15

X2

Als mehrwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen:

alle Molaren

im Oberkiefer Zahn 4

bei den Milchzähnen:

alle Milchmolaren

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

45 Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung 40

X3

46 Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich 21

XN

47 a Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung 58

Ost1

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

47 b Hem	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes Eine Leistung nach Nr. 47 b ist nur in begründeten Ausnahmefällen zum Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe und/oder zum Erhalt einer bestehenden prothetischen Versorgung abrechnungsfähig.	72
48 Ost2	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	78
49 Exz1	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Leistung nach Nr. 49 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Gebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig. 2. Wird in der Präparationssitzung eine Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe, wie z. B. Papillektomie, durchgeführt, ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig. 3. Für das Durchtrennen von Zahnfleischfasern (auch mittels elektrochirurgischer Maßnahmen) ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig. 	10
50 Exz2	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis) <ol style="list-style-type: none"> 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. 	37
51a Pla1	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbstständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	80
51b Pla0	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie	40

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
52	Trepanation des Kieferknochens	24
	Trep2	
53	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer	72
	Ost3	
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.	
	2. Eine retrograde Füllung an einer Wurzel nach Wurzelspitzenresektion wird nach den Nrn. 32 und 35 gesondert abgerechnet.	
55	Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschließlich einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen	72
	Rl	
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	Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung	48
SMS	<i>(Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 - gilt nur für Ersatzkassen)</i>	

Protokollnotiz:

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.

58	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung, je Sitzung	48
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nur abgerechnet werden, wenn sie nicht im zeitlichen Zusammenhang mit dem Entfernen von Zähnen oder einer Osteotomie erbracht wird. 2. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nicht abgerechnet werden, wenn eine Osteotomie in derselben Sitzung in derselben Kieferhälfte oder dem Frontzahnbereich erbracht wird. 	
59	Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte	120
Pla2	<p><i>(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>	
60	Tuberplastik, einseitig	80
Pla3		
61	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale	72
Dia	Eine Leistung nach Nr. 61 kann nur abgerechnet werden, wenn das Septum durchtrennt wird.	

62 Alveolotomie 36**Alv**

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.

**63 Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferortho-
Fl pädischen Einstellung 80****105 Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Auf-
Mu bringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder
Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung 8**

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

**106 Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder
sK Ähnliches, je Sitzung 10**

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 eingliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.

107 Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung 16

Zst

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.

107a Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach PPZst § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, je Sitzung 16

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.

Besuche

151 Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Bs1 Untersuchung 38

Neben der Leistung nach Nr. 151 sind die Leistungen nach Nrn. 153a, 153b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 151 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

152 a) Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft Bs2a in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung 34

- Bs2b** **b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 - einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung** **26**
1. Die Leistung nach Nr. 152a ist nur abrechnungsfähig für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben.
 2. Die Leistung nach Nr. 152b ist abrechnungsfähig für Versicherte in derselben Einrichtung (z.B. betreute Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung).
 3. Neben den Leistungen nach Nrn. 152a und 152b sind die Leistungen nach Nrn. 153a, 153b 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 152a und 152b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.
- 153** **a) Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten**
Bs3a **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 153a 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** **26**
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. 153a und 153b sind neben den Leistungen nach Nrn. 151, 152a, 152b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 153a und 153b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

**154
Bs4** **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**

30

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, 152a, 152b, 153a und 153b nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

**155
Bs5** **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**

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, 152a, 152b, 153a und 153b 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 in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	29
ZBs1c	c) Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	50
ZBs1d	d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen 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

1. Der Zuschlag nach Nr. 161a ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 161b bis 161f nicht abrechnungsfähig.

2. Neben dem Zuschlag nach Nr. 161c sind die Zuschläge nach den Nrn. 161b und 161e nicht abrechnungsfähig.

162 Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 152a, 152b und 155

ZBs2a	a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	9
ZBs2b	b) Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	15

ZBs2c	c) Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	25
ZBs2d	d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen 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
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Zuschlag nach Nr. 162 a ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 162 b bis 162 f nicht abrechnungsfähig. 2. Neben dem Zuschlag nach Nr. 162 c sind die Zuschläge nach den Nrn. 162 b und 162 e nicht abrechnungsfähig. 	
165 Zki	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152a, 152b, 153a, 153b, 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 Nr. 171a	30
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Zuschläge nach Nrn. 171a und 171b 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. 171a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 151, der Zuschlag nach 171b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 152a oder Nr. 152b abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 171a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 171b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 171a und 171b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.
3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 171a oder Nr. 171b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheides der Pflegekasse oder des Bescheides 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. 172a und 172b 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 Anfor-

derungen 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. 172a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 154, der Zuschlag nach 172b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 155 abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 172a ist neben Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 172b ist neben Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 172a und 172b 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 § 119 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. 172a und 172b berechtigt, keine Leistungen nach Nrn. 171a und 171b abrechnen.

173 Zuschlag für Besuche nach Nr. 153

ZBs3a a) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153a 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. 153b 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 Nr. 173a **24**

1. Die Zuschläge nach Nrn. 173a und 173b 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. 173a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153a, der Zuschlag nach Nr. 173b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153b abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 173a und 173b sind neben dem Zuschlag nach Nr. 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 173a und 173b sind neben dem Wegegeld und der Reiseschädigung abrechnungsfähig.
3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 173a oder Nr. 173b 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 Unterstützungsperson 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 Unterstützungspersonen 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- und Unterstützungspersonen berücksichtigt.

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

PBb b) Mundgesundaufklärung

26

Die Mundgesundaufklärung 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- und Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

Bei der Mundgesundaufklärung 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. 174a und 174b 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. 174a oder 174b 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 Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

2. Die Leistungen nach Nrn. 174a und 174b können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden. Neben den Leistungen nach Nrn. 174a und 174b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Nrn. IP1, IP2, FU1, FU2, MHU, UPT a und UPT b nicht abgerechnet werden.

181 Ksl Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

a) persönlich und fernmündlich

14

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

a) persönlich und fernmündlich **14**

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 gem. § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinba-

nung 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/ und 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 gem. § 291g Abs. 6 SGB V genannten elektronischen Dienste und ermöglicht den elektronischen Austausch von Dokumenten und Bildern. Ein zeitgleiches Telekonsil zwischen Ärzten/Zahnärzten nach Nr. 182b mittels eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z wird als Videokonsil bezeichnet.

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

VS Videosprechstunde

16

1. Die Leistung nach Nr. VS ist abrechenbar bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, sowie bei Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden. Die Anspruchsberechtigung ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren.
2. Die Leistung nach Nr. VS ist nur abrechenbar für Videosprechstunden mittels eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z.

3. Die Leistung nach Nr. VS kann grundsätzlich nur als alleinige Leistung abgerechnet werden. In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere, wenn aufgrund einer behördlichen Anordnung oder einer freiwilligen Quarantäne im Zusammenhang mit einer meldepflichtigen Krankheit des Versicherten oder eines meldepflichtigen Nachweises von Krankheitserregern ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten nicht möglich ist, kann eine Leistung nach Nr. 174b in derselben Sitzung neben einer Leistung nach Nr. VS abgerechnet werden.
4. Soweit dem Versicherten ein Verständnis nur eingeschränkt möglich ist, ist die Videosprechstunde bei räumlicher und zeitgleicher Anwesenheit des Versicherten im jeweils erforderlichen Umfang auf die Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken.
5. Die Leistung nach Nr. VS kann in derselben Sitzung nicht neben Leistungen nach Nrn. VFK, 181 oder 182 abgerechnet werden.

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

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.

IP 1 Mundhygienestatus

20

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

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

IP 2 Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen

17

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

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst folgende Leistungen:

- Aufklärung über Ursachen von Karies und Gingivitis sowie deren Vermeidung

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

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

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

IP 4 Lokale Fluoridierung der Zähne

12

Die Nr. IP 4 umfasst folgende Leistungen:

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

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

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

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

1. Das Entfernen harter Zahnbeläge ist nach Nr. 107 abrechnungsfähig.
2. Eine Leistung nach Nr. IP 5 kann auch bei Durchbruch der 6-Jahresmolaren bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres abgerechnet werden.
3. Das Versiegelungsmaterial ist mit der Bewertung abgegolten.

FU 1 Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat, jeweils eine 27

- a) Früherkennungsuntersuchung vom 6. bis zum vollendeten 9. Lebensmonat
- b) Früherkennungsuntersuchung vom 10. bis zum vollendeten 20. Lebensmonat
- c) Früherkennungsuntersuchung vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat

1. Der Abstand zwischen zwei Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens vier Monate.
2. Die Früherkennungsuntersuchungen umfassen folgende Leistungen:
 - Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung (Inspektion der Mundhöhle)
 - Erhebung der Anamnese zum Ernährungsverhalten (insb. zum Nuckelflaschengebrauch) sowie zum Zahnpflegerverhalten 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.)
- 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 Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene
 - Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, fluoridhaltige Zahnpaste u.ä.) und ggf. Abgabe oder Verordnung von Fluorid-Talbetten
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 der Nr. FU 2 kann eine Leistung nach Nr. Ä1 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 Monaten.

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.