

BEMA I Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen

Allgemeine Bestimmungen 4

**Teil 1 KCH I Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen
+ Leistungen aus der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

 Untersuchungen (Ä1, 01, 01k, 02, 03, 04, 05) 5

 GOÄ-Leistungen 7

 Röntgenleistungen 14

 Zahnerhaltungsmaßnahmen (8 – 35) 16

 Chirurgische Maßnahmen (36 – 63) 21

 Sonstige Maßnahmen (105 – 107) 27

 Besuch, Zuschläge, Konsilium (151 – 182) 29

 Individualprophylaxe (IP1 – FU) 37

**Teil 2 KIBR I Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels
(Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)** 40

Teil 3 KFO I Kieferorthopädische Behandlung 43

Teil 4 PAR I Systematische Behandlung von Parodontopathien 50

Teil 5 ZE I Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen 53

 Befunde, Regelversorgung, Festzuschüsse 64

 Checklisten: Materialabrechnung, Kronen/Brücken, Prothesen, Auszug BEL II 68

 Beispiele für Begründungen bei gleich- und andersartigem ZE 75

Verordnung von Arzneimitteln und Sprechstundenbedarf 76

Aufbewahrungsfristen – Finanzamt – Verjährungsfristen – Insolvenz 77

Lexikon (68 -85) 78

Auszüge aus dem SGB V 96

**Allgemeine Bestimmungen
des „Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen“ (BEMA)
gemäß § 87 Abs. 2 und 2 h1 in der ab 01.01.2014 gültigen Fassung SGB V**

1. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Abs. 2 und 2h1 SGB V bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.
Der Inhalt des Leistungsanspruchs der Versicherten und der Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung ergibt sich auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen des SGB V aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Verbindung mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen.
2. Eine Leistung ist als selbständige Leistung dann nicht abrechnungsfähig, wenn sie Bestandteil einer anderen abrechnungsfähigen Leistung ist. Eine Leistung ist aber nur dann abrechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wird.
3. Zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 Bema-Punkt anzusetzen. Die ermittelten Bewertungszahlen sind auf ganze Zahlen aufzurunden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist im Rahmen der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nach folgender Maßgabe anzuwenden:

Abschnitte B IV (Nrn. 55, 56, 61, 62), B V, B VI (Nrn. 70,75), C (Nrn. 200, 204, 210 – nicht in derselben Sitzung mit operativen Eingriffen oder Wundversorgungen, Nrn. 250, 251, 252 – nicht für die Injektion zu Heilzwecken –, 253, 254, 255, 271, 272, 300, 303) J, L und N finden Anwendung, soweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine vergleichbaren Leistungen enthält.
- 3a. Für die Berechnung von Wegegeld und Reiseentschädigung gilt § 8 Abs. 2 und 3 GOZ.
Hinweis: Der bis 31.03.2013 enthaltene Satz „Für die Berechnung von Wegegeld und Reiseentschädigung gelten §§ 8 und 9 GOÄ.“ wurde zum 01.04.2013 gestrichen.
4. Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenzahnärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.
5. Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sowie die zahntechnischen Laborkosten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, und die Versand- und Portokosten. Die Kosten der Röntgendiagnostik – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten – sind in den Leistungsansätzen enthalten.
6. Enthält nicht mehr relevante, das Jahr 2004 betreffende Übergangsbestimmungen.

Zu Nr. 3a. existiert folgende „Protokollnotiz“:

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

BEMA	Leistungen und Abrechnungsbestimmungen	Bewert.-Zahl = Punkte	Beschlüsse, Feststellungen, Hinweise von KZVen sowie eigene Hinweise
Teil 1	Allgemeine Leistungen und Auszüge Gebührenordnung – Ärzte		Für alle Leistungen ist das Datum anzugeben, bei erneuten Leistungen in einer weiteren Sitzung am selben Tag jeweils Datum und Uhrzeit
	Wundversorgung, Verbände, Naht BEMA: siehe Nr. 38-N 10 Punkte, Nr. 46-XN 21 Punkte		KZVB-Hinweise:
2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	8	Die Nrn. 2000 bis 2006 kommen in der Regel nur im Rahmen der Traumatologie zur Abrechnung.
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht	15	
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	18	
2003	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	15	GOÄ-Nrn. 2000 – 2008:
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	27	- Abrechnung je separate Wunde
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	45	- für nicht zahnbezogene Wunde, z.B. bei Wangen-/Lippenverletzung, Rhagade; nicht in derselben Sitzung für OP-Abschluß
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde	7	- 2000 z.B. für Aufbringen von Heilsalbe, nicht bei Vaseline o.ä.
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	5	- daneben an anderer Stelle 105 (Mu) berechenbar
2008	Wund- oder Fistelspaltung	10	- 2006 neben 2007 in derselben Sitzung abrechenbar
2015	Redondrainage	7	- 2007 = Nahtentfernung (Vergleich: 38-N = 10P)
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	62	- 2008 auch nach Ä161 (Inz) (Vergleich: Mu = 8 Punkte, N = 10 Punkte, ggf. erneut Inz1 = 15 Punkte) denkbar
8200	Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände...	5	GOÄ-Nrn. 8200 – 8204:
8204 ; Kompressionsverband	11	- Verband gehört ggf. nicht zur primären Wundversorgung, z.B. nach 36 (Nbl1) oder 37 (Nbl2)
8210	Kleiner Schienverband – auch als Notverband bei Frakturen	9	- Schiene, Verbandsplatte wird nach 2698 ff. berechnet !! - nicht für Wundverband bei P200 ff. (dieser ist inclusive bei P200 ff. !!)
8303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	9	- Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z.B. von Blut, Liquor, Gewebe.
Ä161	Abszesse, Karbunkel, Phlegmone Inz1: Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	15	Inz1: - je Sitzung möglich, ggf. erneute Inzision notwendig (vergleiche Bewertung Mu, N !) - Zahn- bzw. Regioangabe erforderlich; Inz1 nicht ortsgleich neben OP
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses	34	- ggf. plus 31 (Trep1), 32 (WK)
2431	Eröffnung eines Karbunkels – auch mit Excision	43	- bei Taschenabszess Abgrenzung 49 (Exc1 mit 10 Punkten) und 50 (Exc2 mit 37 Punkten); Exc neben Inz nicht möglich
2432	Eröffnung einer Phlegmone	53	- Nachbehandlung (auch am selben Tag in späterer Sitzung) der Inz1 = 38 (N mit 10 Punkten)
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	17	- bei Nachblutung 36 (Nbl1 mit 15 Punkten)
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	52	KZVB-Hinweise:
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	21	Die Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses neben der Trepanation des Kieferknochens ist im gleichen Operationsgebiet nur abrechenbar wenn eine getrennte Schnittführung erfolgt ist.
	Fremdkörper (aus Nase 1427, 1428; aus Kiefergelenk 2118)		KZVB-Hinweise zu 2009:
2009	Entfernung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	12	1. Das Entfernen eines kleinen Knochensplitters kann nach Nr. 2009 abgerechnet werden. 2. Das Entfernen eines abgesplitterten Zahnteiles, das noch mit der Gingiva verbunden ist, kann nach Nr. 2009 abgerechnet werden. 3. Das Entfernen eines Implantates ist keine vertragszahnärztliche Leistung.
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	43	4. Für mehrere Fremdkörper bei getrenntem Operationszugang mehrfach abrechnungsfähig. 5. Für diese Position wird eine leistungsbezogene Angabe (Zahn) bei der Abrechnung empfohlen.
1508	Entfernung eingespießter Fremdkörper aus Rachen oder Mund	11	KZVB-Hinweis zu 2010: Das Entfernen eines Implantates ist keine vertragszahnärztliche Leistung. KZVB-Hinweis zu 1508: Unter den Leistungsinhalt der GOÄ-Nr. 1508 fallen alle Fremdkörper, die der Patient nicht selbst mit sämtlichen Hilfsmitteln (z. B. Zahnseide) oder nur unter großen Schwierigkeiten entfernen kann und dazu ärztlicher Hilfe bedarf. Das Entfernen oberflächlicher und leicht entfernbarer Speisereste fällt nicht unter diese Gebührenummer. - je Fremdkörper, bei abgesplitterter, noch mit Gingiva verbundene Zahnwand ggf. plus sK - Entfernen von Implantaten rein privat nach GOZ 3000, ggf. mit VBG nach § 2/1–2 GOZ, da extrem niedrige Bewertung (einmal verwendbare Explantationsfräse gesondert berechnungsfähig). - bei Osteotomie Abgrenzung zu Sequestrotomie Ost3 mit 72 Punkten !! - nur wenn der Patient den Fremdkörper nicht selbst entfernen kann - ggf. auch für approximal eingespießte Speisereste - orts- bzw. zeitgleich neben 38 (N) und 46 (XN) natürlich nicht möglich
	Nase		KZVB-Hinweis zu 1418:
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	5	Neben der Leistung nach GOÄ-Nr. 1418 ist die Leistung nach GOÄ-Nr. 1466 nicht berechnungsfähig.
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder	20	
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung	6	
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung	12	
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus Naseninneren, als selbständige Leistung	11	
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase	42	

BEMA	Leistungen und Abrechnungsbestimmungen	Bewertungszahl = Punkte	Beschlüsse, Feststellungen, Hinweise von KZVen sowie eigene Hinweise Für alle Leistungen ist das Datum anzugeben, bei erneuten Leistungen in einer weiteren Sitzung am selben Tag jeweils Datum und Uhrzeit - Für jede (erste) Leistung ist der behandelte Zahn anzugeben. - die Zahnangabe entfällt bei der Behandlung ohne Zahnbezug (z.B. 01, üZ, ViPr, Zst, Mu, IP4) - Angabe der Diagnose z. B. bei Mu nicht mehr erforderlich (nur in Karteikarte etc.)
Teil 1	Konservierende und chirurgische Leistungen		
8	Allgemeine Leistungen ViPr: Sensibilitätsprüfung der Zähne Leistungen nach Nr. 8 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen.	6	KZVB-Hinweis: 1. Die Befunde der Sensibilitätsprüfung sind einzelzahnbezogen zu dokumentieren. - je Sitzung, ggf. mehrfach im Quartal, unabhängig von der Anzahl der Zähne nur 1x - z.B. bei 01, Cp, P, Vita, unklaren Schmerzen, ZE, Par, Chirurgie, vor Rö - Zahnangabe bei Abrechnung nicht erforderlich - Abgrenzung zu Ä1 (9 Punkte) als alleinige Leistung - verpflichtend vor Überkronung (RILI ZE C.11.c)
10	üZ: Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, für jede Sitzung Prophylaktische Maßnahmen können nicht nach Nr. 10 abgerechnet werden.	6	KZVB-Hinweis: 1. Neben der Nr. 10 ist in derselben Sitzung die Bema-Nr. IP4 nicht abrechenbar. 2. Die lokale medikamentöse Behandlung im Rahmen von PZR-Maßnahmen stellt keine vertragszahnärztliche Leistung dar. - je Sitzung nur 1x (unabhängig von Anzahl der Zähne), ggf. mehrfach im Quartal; - ggf. z.B. bei 89 (ZE-Einschleifen), 106 (sK), 107 (Zst), 108 (Par-Einschleifen), 124 (KFO-Einschleifen), hier ist die üZ nicht prophylaktisch !! - auch berechenbar an präparierten, überempfindlichen Zähnen in folgender Sitzung; Dentinbehandlung ist bei Präparation nicht abgegolten laut „sehr altem“ Urteil Sozialgericht (SG) Münster vom 08.08.1989, Az: S12 Ka 10/86) - Zahnangabe bei Abrechnung nicht erforderlich - Abgrenzung zu Ä1 (9 Punkte) als alleinige Leistung
11	pV: Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung 1. Unvollendete Füllungen sind nach Nr. 11 im folgenden Quartal unter Verwendung des Erfassungsscheines abzurechnen. 2. Im laufenden Quartal können unvollendete Füllungen nur dann abgerechnet werden, wenn eindeutig feststeht, dass sie nicht mehr vollendet werden.	19	KZVB-Hinweis: Die Nr. 11 (pV) ist nicht neben den Bema-Nrn. 25-35 am selben Zahn abrechenbar, da es sich gemäß Leistungsbeschreibung bei der Bema-Nr. 11 um eine alleinige Leistung handelt. - je Kavität; nicht berechenbar neben Cp/ P/ Pulp/ Dev/ Med/ WK/ WF am selben Zahn - Zahnangabe erforderlich - im selben Quartal nur abrechenbar, wenn feststeht, dass keine Füllung folgt z.B. bei Notfall, Durchreise; ansonsten im Folgequartal mit Zahnangabe auf Erfassungsschein oder EDV abrechnen - nicht berechenbar bei Aufteilen der Füllungsbehandlung in 2 Sitzungen - auch bei unvollendeter Füllung (Präparation fertig) bei Cp usw. im Folgequartal
12	bMF: Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich 1. Das Separieren von Zähnen bei kieferorthopädischer Behandlung und das Anlegen von Spanngummi bei Fissurenversiegelung können nach Nr. 12 abgerechnet werden. 2. Die Abrechnung der Nr. 12 im Zusammenhang mit den Nrn. 18, 20 und 91 für das Verdrängen des Zahnfleisches zum Zwecke der Abformung, z.B. mittels Retraktionsringen oder -fäden, ist nicht möglich. Muss jedoch störendes Zahnfleisch, z.B. zum Zwecke des Erkennens von unter sich gehenden Stellen, zur Darstellung der Präparationsgrenze oder zur subgingivalen Stufenpräparation, z.B. durch Retraktionsringe verdrängt werden, ist die Nr. 12 abrechnungsfähig. Zu 49: 3. Für das Durchtrennen von Zahnfleischfasern (auch mittels elektrochirurgischer Maßnahme) ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig.	10	Zu 13: 2. Das Legen einer Gussfüllung aus Edelmetall sowie einer Einlagefüllung aus Keramik oder Komposit, 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. KZVB-Hinweise: 1. Die Nr. 12 ist im Zusammenhang mit KFO abrechenbar. Siehe hierzu Nr. 12 im Bema-Teil 3. 2. Die Nrn. 12 und 49 (Exc 1) sind gleichzeitig an einem Zahn abrechenbar, wenn entsprechende unterschiedliche Leistungen erbracht wurden. - bei mehreren Maßnahmen genügt die Angabe eines Zahnes (Gebiet damit gekennzeichnet) - Matrize verkeilen ist keine bMF, nur das Vorseparieren - bMF auch ohne Füllung in derselben Sitzung z.B. bei Cp, P, Pulp, Dev, Med, WK, WF, ZE berechenbar; in Folgesitzung bMF erneut berechenbar - nicht berechenbar zum Zwecke der Abformung, aber berechenbar zur Darstellung der Präparationsgrenze durch Verdrängen des Zahnfleisches z.B. durch Retraktionsfäden
13	Füllungen Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren		Kompodium Füllungen: 1. Füllungen mit einem plastische Füllmaterial (Amalgam, Glasionomerzement, Kunststofffüllungen im Frontzahnbereich in Säureätztechnik) werden nach BEMA 13 a – d über KCH abgerechnet. Ein Austausch intakter Füllungen mit einem plastischen Füllmaterial wird rein privat nach GOZ 2050 – 2120 abgerechnet. 2. Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich bei Amalgallergikern und Patienten mit Niereninsuffizienz werden nach BEMA 13 e – h abgerechnet. 3. Restaurationen mit Kompositmaterial in Adhäsivtechnik (DAR) mittels Mehrschicht- und/oder Mehrfarbentechnik im Seitenzahnbereich bzw. Mehrfarbentechnik im Frontzahnbereich werden gemäß GOZ 2060, 2080, 2100, 2120 berechnet. Beim Austausch intakter Füllungen durch DAR kann keine Sachleistung 13 a – d abgezogen werden. Erklärung des Patienten nach § 8 Abs. 7 BMV-Z (seit 01.07.2018) in Schriftform. Bei Notwendigkeit einer Restauration mit Kompositmaterial in Adhäsivtechnik wird gemäß § 28 Abs. 2 SGB V (vorherige schriftliche Vereinbarung gefordert S. 96) die zutreffende Sachleistung 13 a – d bei der Rechnung abgezogen und über KCH abgerechnet. Begleitleistungen (z.B. GOZ 2040, GOZ 2030, GOZ 2010) müssen rein privat berechnet werden, falls diese bei einer Füllung nach BEMA 13 a – d nicht angefallen wären. Ansonsten Begleitleistungen über KCH abrechenbar. Denkbar: 12-bMF als Vertragsleistung (z.B. Separation Nachbarzahn – wäre auch bei Füllung nach BEMA angefallen) sowie zusätzlich GOZ 2030 (z. B. Zahnfleischverdrängung – nur erforderlich wegen DAR), ferner GOZ 2040 (Spanngummi – nur erforderlich wegen DAR). 4. Aufbaufüllungen mit einem plastischen Füllmaterial (Zement, Glasionomerzement) werden nach BEMA 13 a – b über KCH (maximal 2 Aufbaufüllungen je Zahn) abgerechnet. 5. Dentinadhäsive, mehrschichtige Aufbauten eines Zahnes (DAR-Aufbauten) werden nach § 6 Abs.1 GOZ analog berechnet, z.B. nach GOZ 2120a. Gemäß § 28 Abs. 2 SGB V (vorherige schriftliche Vereinbarung gefordert) wird die
13a	F1: einflächig	32	
13b	F2: zweiflächig	39	
13c	F3: dreiflächig	49	
13d	F4: mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich sind nach den Nrn. 13e, 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.	58	
13e	einflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	52	
13f	zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	64	
13g	dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	84	
13h	mehr als dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich 1. Mit der Abrechnung der Nr. 13 ist die Verwendung jedes erprobten und praxisüblichen plastischen Füllmaterials einschließlich der Anwendung der Ätztechnik und der	100	

BEMA	Leistungen und Abrechnungsbestimmungen	Bewert.-Zahl = Punkte	Beschlüsse, Feststellungen, Hinweise von KZVen sowie eigene Hinweise Für alle Leistungen ist das Datum anzugeben, bei erneuten Leistungen in einer weiteren Sitzung am selben Tag jeweils Datum und Uhrzeit - Für jede (erste) Leistung ist der behandelte Zahn anzugeben. - die Zahnangabe entfällt bei der Behandlung ohne Zahnbezug (z.B. 01, üZ, ViPr, Zst, Mu, IP4) - Angabe der Diagnose z. B. bei Mu nicht mehr erforderlich (nur in Karteikarte etc.)
Teil 1	Konservierende und chirurgische Leistungen		
34	Med: Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung Aus den Abrechnungsbestimmungen: Medikamentöse Einlagen sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt. Aus <u>Behandlungs-Richtlinien</u> . B: III. Konservierende Behandlung: 9.1.: Für alle endodontischen Maßnahmen gilt insbesondere: b) Medikamentöse Einlagen sind unterstützende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges; sie sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.	15	Med: <u>Ausschlüsse:</u> - Nicht berechenbar bei 27-Pulp. - Nicht berechenbar bei alleiniger 31-Trep1, erst dann, wenn WK erfolgt ist. - Nicht berechenbar in gleicher Sitzung wie 29-Dev, aber in Folgesitzung. Bei alleiniger 28-VitE in Ausnahmefällen, z.B. starke Blutung, abrechenbar. Falls mehr als drei Med erforderlich, sind weitere Med mit Patient privat nach GOZ 2430 zu vereinbaren (Hinweis der KZVB). Bei privater Med zusätzlich GOZ 2020 für temporären Verschluss . Generell kritisch prüfen, ob gesamte weitere Behandlung wegen ungünstiger Prognose noch GKV-Leistung ist. KZVB-Hinweise: 1. Sind im Einzelfall weitere medikamentöse Einlagen ohne Vorliegen einer nachvollziehbaren medizinischen Indikation erforderlich, sind diese in der Regel mit dem Patienten privat zu vereinbaren. 2. Eine erneute Abrechnung einer Wurzelbehandlung durch dieselbe Praxis ist nur in wenigen Ausnahmefällen möglich. Ein solcher Ausnahmefall liegt immer dann vor, wenn die erneute Notwendigkeit zur Aufbereitung des Wurzelkanalsystems nicht im Einflussbereich des Zahnarztes liegt. Dies ist zum Beispiel gegeben, wenn • ein provisorischer, vormals bakteriendichter Verschluss verloren gegangen ist • eine längere Behandlungsunterbrechung durch den Patienten bedingt war • zwischenzeitlich eine Behandlung alio loco erfolgte 3. Eine Mehrkostenberechnung im Rahmen einer Endo-Behandlung ist nicht möglich. 4. In der Regel ist eine Röntgenaufnahme vor der endodontischen Behandlung und eine Abschlussaufnahme der Wurzelfüllung erforderlich. Die endodontische Messaufnahme kann auch über eine elektronische Längenmessung ersetzt werden. Auf eine entsprechende Dokumentation ist zu achten. Die elektronische Längenmessung stellt auch im Rahmen einer vertragszahnärztlichen endodontischen Behandlung keine vertragszahnärztliche Leistung dar.
35	WF: Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal Abrechnungsbestimmung zu Bema-Nr. 54 (Wurzelspitzenresektion): 2. Eine retrograde Füllung an einer Wurzel nach Wurzelspitzenresektion wird nach den Nrn. 32 und 35 gesondert abgerechnet.	17	WF: Abrechenbar je Kanal, in einer Wurzel sind mehrere Kanäle möglich. Ggf. auch an Milchzähnen abrechenbar. <u>Voraussetzung:</u> Vorherige WK. Daher Übereinstimmung der Anzahl der WK und der WF, falls Abrechnung im selben Quartal und falls kein Behandlungsabbruch. <u>Zusammenhang mit WSR:</u> Nur wenn retrograde Aufbereitung und Abfüllung erfolgt ist (WK und WF). Nicht für alleinigen Verschluss der Resektionsstelle. Nicht abrechenbar für Einbringen eines Stift- oder Schraubenaufbaus nach Nr. 18 nach abgeschlossener Wurzelbehandlung. KZVB-Hinweise: 1. Eine temporäre Wurzelfüllung zur Ausheilung einer apikalen Läsion einschließlich der jeweiligen Deckfüllung und die erneute Trepanation (Bema-Nr. 31) sind keine Leistungen der GKV. 2. Eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist nur dann angezeigt, wenn die Aufarbeitbarkeit und Möglichkeit der Füllung des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze gegeben sind (vgl. Behandlungs-Richtlinien B. III, 9.1 a). So können Wurzelbehandlungsmaßnahmen mit einer Einstufung nach Ingle-Klasse I (unkompliziert, gerade, leicht gebogen, Wurzelbildung abgeschlossen, Foramen geschlossen) im Rahmen der GKV abgerechnet werden. Darüber hinaus muss eine ausreichende gute Zugänglichkeit vorhanden sein sowie eine gute Erreichbarkeit und Auffindbarkeit des zu behandelnden Zahnes und seines Wurzelkanalsystems gegeben sein. Kriterien zur Beurteilung wären z. B. Achsenneigung, Mundöffnung, Trockenlegungsmöglichkeiten, Würgereiz und Wurzelkrümmungsgrad. Nur bei röntgenologisch dokumentierter günstiger Prognose können Wurzelbehandlungsmaßnahmen vertragszahnärztlich erbracht und abgerechnet werden. In anderen Fällen handelt es sich immer um einen Behandlungsversuch, der nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden kann. 3. Eine Wurzelfüllung gilt als lege artis, wenn sie bis oder bis nahe an die physiologische Konstriktion reicht. 4. Eine erneute Abrechnung einer Wurzelbehandlung durch dieselbe Praxis ist nur in wenigen Ausnahmefällen möglich. Ein solcher Ausnahmefall liegt immer dann vor, wenn die erneute Notwendigkeit zur Aufbereitung des Wurzelkanalsystems nicht im Einflussbereich des Zahnarztes liegt. Dies ist zum Beispiel gegeben, wenn • ein provisorischer, vormals bakteriendichter Verschluss verloren gegangen ist • eine längere Behandlungsunterbrechung durch den Patienten bedingt war • zwischenzeitlich eine Behandlung alio loco erfolgte 7. Eine Mehrkostenberechnung im Rahmen einer Endo-Behandlung ist nicht möglich. 8. In der Regel ist eine Röntgenaufnahme vor der endodontischen Behandlung und eine Abschlussaufnahme der Wurzelfüllung erforderlich. Die endodontische Messaufnahme kann auch über eine elektronische Längenmessung ersetzt werden. Auf eine entsprechende Dokumentation ist zu achten. Die elektronische Längenmessung stellt auch im Rahmen einer vertragszahnärztlichen endodontischen Behandlung keine vertragszahnärztliche Leistung dar.
36	Nbl1: Stillen einer übermäßigen Blutung Abrechnungsbestimmung: 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.	15	Nbl1/ <u>Ausschlüsse:</u> Nbl2: - Nicht abrechenbar neben 38-N an derselben Stelle. Abrechenbar jedoch an anderer Stelle, auch wenn in derselben Kieferhälfte oder im selben Frontzahnbereich. - Nicht abrechenbar, wenn gleichzeitig an derselben Stelle chirurgische Wundrevision 46-XN vorgenommen wurde. Falls Alternative Nbl1 oder XN, dann 46-XN als höher bewertete Leistung wählen. Abrechenbar je Blutungsstelle. In späterer Sitzung auch am OP-Tag abrechenbar.

BEMA	Leistungen und Abrechnungsbestimmungen	Bewertungszahl = Punkte	Beschlüsse, Feststellungen, Hinweise von KZVen sowie eigene Hinweise Für alle Leistungen ist das Datum anzugeben, bei erneuten Leistungen in einer weiteren Sitzung am selben Tag jeweils Datum und Uhrzeit - Für jede (erste) Leistung ist der behandelte Zahn anzugeben. - die Zahnangabe entfällt bei der Behandlung ohne Zahnbezug (z.B. 01, üZ, ViPr, Zst, Mu, IP4) - Angabe der Diagnose z. B. bei Mu nicht mehr erforderlich (nur in Karteikarte etc.)
Teil 1	Individualprophylaxe		
IP1	<p>Mundhygienestatus Abrechnungsbestimmungen: Die Erhebung des Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene und des Gingivazustands anhand eines geeigneten Indexes (z.B. Approximalraum-Plaque-Index, Quigley-Hein-Index, Papillenblutungsindex; der einmal gewählte Index ist beizubehalten), die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen und ggf. das Anfärben der Zähne.</p> <p>1. Eine Leistung nach Nr. IP 1 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.</p> <p>2. Leistungen nach den Nrn. IP1 bis IP5 können nur für Versicherte abgerechnet werden, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Für andere Versicherte können die Nrn. IP4 bis IP5 nur abgerechnet werden, soweit dies in den Abrechnungsbestimmungen ausdrücklich vereinbart ist.</p> <p><u>Aus Vereinbarung zur Individualprophylaxe:</u> § 3 Bonusheft: Bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, trägt der Vertragszahnarzt für jedes Kalenderhalbjahr das Datum des Mundhygienestatus (Nr. IP1) ein. Die Eintragungen sind mit Zahnarzt-Stempel und Unterschrift zu versehen.</p>	20	<p>IP1: KZVB-Hinweise:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mit dem Eintrag in das Bonusheft bestätigt der Zahnarzt nicht nur die Kontrolluntersuchungen, sondern auch, dass das Gebiss eine regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt. Es dient somit gleichfalls als Nachweis für eine gute Mundhygiene (§ 55 Abs. 1 SGB V). Ein Missbrauch des Bonusheftes führt zur Belastung des einzelnen Zahnarzt-Budgets. Eine regelmäßige Mundpflege muss durch einen Mundhygieneindex dokumentiert sein. Die Erhebung des Mundhygieneindex ist bei Personen, die nicht Leistungen nach Nrn. IP1-IP5 beanspruchen können, keine vertragszahnärztliche Leistung. IP-Leistungen sind auch vom Kieferorthopäden berechenbar. Mit dem überweisenden Zahnarzt ist abzustimmen, wer die Individualprophylaxe durchführt und abrechnet. <p><u>Ggf. berechenbar in derselben Sitzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 01, 04 . Für IP1 wird vier Monate Mindestabstand wie bei 01 gefordert. IP2, IP4, IP5 . Ä1 . Falls gleichzeitig IP4 erbracht, darf sich Inhalt der Ä1 nicht auf die IP4 beziehen. Mu, sK, Zst Abrechnungsbestimmungen der jeweiligen Leistungen beachten !!! <p>IP1 ist regelmäßig durchzuführen, auch wenn weitergehende Maßnahmen (IP2) nicht erforderlich sind. Delegierbar an entsprechend qualifizierte ZFA. Anfärben nicht zwingend notwendig.</p>
IP2	<p>Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen Abrechnungsbestimmungen: Aufklärung des Versicherten und ggf. dessen Erziehungsberechtigten über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation 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 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. <p>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.</p> <p>1. Eine Leistung nach Nr. IP2 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.</p> <p>2. Die Abrechnung der Nr. IP2 setzt die Einzelunterweisung voraus. Je Kalenderhalbjahr einmal abrechenbar. Einzelunterweisung vorausgesetzt.</p>	17	<p>IP2: Dreijahreszyklus:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinnvolle Verteilung der Leistungsinhalte auf Zyklus (nicht jedes Mal schematisch „das volle Programm“). <p><u>Ggf. berechenbar in derselben Sitzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 01, 04 IP1, IP4, IP5 Ä1 . Falls gleichzeitig IP4 erbracht, darf sich Inhalt der Ä1 nicht auf IP4 beziehen. Mu, sK, Zst Abrechnungsbestimmungen der jeweiligen Leistungen beachten. <p><u>Mögliche Einschränkungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bei exzellenter Mundhygiene oder bei Wirkungslosigkeit wiederholter Motivationsmaßnahmen ggf. keine weiteren IP2 erforderlich. Jedoch ist Erhalt der Kooperationsbereitschaft des Patienten wichtig, nachlassenden Mundhygienebemühungen ist rechtzeitig entgegenzuwirken. Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen sind nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalles festzulegen. Ggf. greifen Motivationsbemühungen zu späterem Zeitpunkt wieder besser. Delegierbar an entsprechend qualifizierte HelferIn. Ausführliche Dokumentation. Abrechenbar auch durch Kieferorthopäden. Durch Absprache mit Hauszahnarzt sicherstellen, dass Maßnahmen nicht doppelt erbracht werden. <p>KZVB-Hinweise:</p> <ol style="list-style-type: none"> Eine ausführliche Dokumentation in der Karteikarte ist notwendig. IP-Leistungen sind auch vom Kieferorthopäden berechenbar. Mit dem überweisenden Zahnarzt ist abzustimmen, wer die Individualprophylaxe durchführt und abrechnet.
IP4	<p>Lokale Fluoridierung der Zähne Abrechnungsbestimmungen: Die IP4 umfasst folgende Leistungen: Die lokale Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung mit Lack, Gel o. Ä. einschließlich der Beseitigung von weichen Zahnbelägen und der Trockenlegung der Zähne.</p> <ol style="list-style-type: none"> Das Entfernen harter Zahnbeläge ist nach Nr. 107 abzurechnen. Eine Leistung nach Nr. IP4 kann bei vorzeitigem Durchbruch der 6-Jahresmolaren auch bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres abgerechnet werden. Eine Leistung nach Nr. IP4 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden. Bei Versicherten mit hohem Kariesrisiko kann ab dem 6. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Nr. IP4 je Kalenderhalbjahr zweimal abgerechnet werden. <p>KZVB-Hinweise:</p> <ol style="list-style-type: none"> Für Kinder und Jugendliche, die an IP-Maßnahmen teilnehmen, können bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Fluoridierungsmittel in Form von Gel, Tabletten und im Ausnahmefall auch Spüllösungen zur häuslichen Anwendung verordnet werden. Eine Verordnung von fluoridhaltigen Zahnpasten (z. B. Duraphat Susp., Bifluorid) als Patientenverordnung auf Kassenrezept ist nicht möglich. 	12	<p>IP4: Abrechnungsmöglichkeit und Frequenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ab Vollendung 6 . Lebensjahr bis Vollendung 18 . Lebensjahr einmal je Kalenderhalbjahr abrechenbar. Ab Vollendung 6 . Lebensjahr bis Vollendung 18 . Lebensjahr bei hohem Kariesrisiko zweimal je Kalenderhalbjahr abrechenbar. Bei vorzeitigem Durchbruch der 6er auch vor dem 6 . Lebensjahr abrechenbar, auch ohne erhöhtes Kariesrisiko, einmal im Kalenderhalbjahr. Ab Vollendung 30 . Lebensmonat bis Vollendung 6 . Lebensjahr bei hohem Kariesrisiko zweimal je Kalenderjahr . Definition hohes Kariesrisiko s. nächste Seite unten. <p><u>Ggf. berechenbar in derselben Sitzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 01, 04, FU IP1, IP2, IP5 Ä1 nur, falls sich Inhalt der Ä1 nicht auf IP4 bezieht . Mu, sK, Zst Abrechnungsbestimmungen der jeweiligen Leistungen beachten !!! <p><u>Weitere Anmerkungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> IP4 ist regelmäßig durchzuführen, auch wenn weitergehende Maßnahmen (IP2) nicht erforderlich oder unzumutbar. Delegierbar an entsprechend qualifizierte ZFA. IP-Leistungen sind auch vom Kieferorthopäden berechenbar. Mit dem überweisenden Zahnarzt ist abzustimmen, wer die Individualprophylaxe durchführt und abrechnet. In aller Regel werden IP-Leistungen durch den Hauszahnarzt durchgeführt. Sollte dieser die IP-Leistungen ausnahmsweise nicht durchführen wollen, ist ein entsprechender Vermerk bei der Überweisung an den Kieferorthopäden sinnvoll.

BEMA	Leistungsbeschreibung und Ausführungen des Bundes – BEMA	Bewertungszahl = Punkte	Beschlüsse, Feststellungen, Hinweise von KZVen sowie eigene Hinweise Abrechnung auf vorgeschriebenem Formblatt (erhältlich bei der KZV)
Teil 4	Systematische Behandlung von Parodontopathien		
	<p>Prognose: Wesentlich für eine günstige Prognose ist die Mitwirkung des Patienten. Prognose für das gesamte Gebiss oder für einzelne Parodontien ungünstig bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder Furkationsbefall von Grad 3. Die Prognose für die Therapie lokaler oder generalisierter Parodontopathien wird zusätzlich durch folgende Faktoren ungünstig beeinflusst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen systemischer Risikofaktoren. - Vorliegen exogener Risikofaktoren (z.B. Nikotinkonsum, Alkoholabusus). - Unzureichende Mitwirkung des Patienten. <p>Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3 ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt. Wichtig: Bei Prognosestellung sind private Leistungen unbeachtlich. PAR-Behandlung muss auch ohne private Leistungen Aussicht auf Erfolg haben (Wirtschaftlichkeitsgebot § 12/1 SGB V).</p>		<p>3. <u>Im Rahmen der Nachsorge:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnsteinentfernung. - PZR. - Mundhygieneunterweisungen. - Fluoridierungsmaßnahmen. - PAR-Status bzw. PSI (GOZ Nrn. 4000 bzw. 4005). - Behandlung aktiver Taschen ohne PAR-Status (z. B. nach einem Jahr). - Lokale Antibiotikatherapie (GOZ Nr. 4025, je Zahn, je Sitzung, Materialien gesondert zu berechnen, zusätzlicher Aufwand: z. B. durch erhöhte Schwierigkeit bei mehrwurzeligen Zähnen, bei besonders tiefen Taschen). - Ozonbasierte Desinfektion. - Langzeitdesinfektionstherapie, z. B. Perio-Chip (GOZ Nr. 4025, je Zahn, je Sitzung, Materialien gesondert zu berechnen, zusätzlicher Aufwand: z. B. durch erhöhte Schwierigkeit bei mehrwurzeligen Zähnen, bei besonders tiefen Taschen).
4	Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	39	<p>4: Nur einmal je Behandlungsfall abrechenbar. Nicht abrechenbar für Mitteilung der Therapieergänzung an Krankenkasse. Zählt nicht als „weitere“ zahnärztliche Leistung, daher ggf. Ä1 zusätzlich als alleinige weitere Leistung abrechenbar. Auch abrechenbar, wenn Behandlung abgebrochen wurde oder nicht zur Durchführung kam. Behandlungsbeginn erst nach Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Ausnahme sind Maßnahmen zur Schmerzbesitzigung. Behandlungsbeginn ist nicht Erstellungsdatum des PAR-Status, sondern die erste aktive Behandlungsmaßnahme (wichtig für Abrechenbarkeit anderer Leistungen, z. B. Zst, Mu).</p>
P200	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	14	<p>P200/ P201 Nur einmal je Parodontium abrechnungsfähig, auch wenn sich Maßnahmen ggf. auf mehrere Sitzungen verteilen. Durchführung möglichst innerhalb von vier Wochen. Erfordert in der Regel Anästhesiemaßnahmen. <u>Ggf. zusätzlich abrechenbar:</u></p>
P201	<p>Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn</p> <p>Abrechnungsbestimmungen zu P200 und P201: P200 und P201 umfassen Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien. Mit P200 und P201 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Bema-Nrn. 105 und 107 abgegolten. Die Gingivektomie oder Gingivoplastik ist nach P200 oder P201 abrechnungsfähig. Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten. Die Anästhesie ist zusätzlich berechenbar.</p> <p><u>Definition einwurzelige/mehrwurzelige Zähne bei PAR:</u> Es gilt pauschal (wie bei X1 und X2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Molaren und OK 4er mehrwurzelig. - Alle anderen Zähne einwurzelig. <p>(Zahnschema auf Parodontalstatus)</p>	26	<p><u>Ggf. zusätzlich abrechenbar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vopr. - Aufbissbehelf K1. - Semipermanente Schienung K4. - Nachbehandlung 111, wenn diese sich auf anderes Parodontium bezieht. - 57-SMS nur, wenn ortsgrennter chirurgischer Eingriff. <p><u>Nicht zusätzlich abrechenbar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zst. - Mu. - Exz1/Exz2. <p><u>Abgrenzung geschlossenes (P200/P201) und offenes (P202/P203) Vorgehen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RILI Behandlung PAR gibt Sondierungstiefe von mehr als 5,5 mm als Kriterium für mögliches offenes Vorgehen an. - In der Regel zunächst geschlossenes Vorgehen, dann Prüfung, ob ggf. offenes Vorgehen zusätzlich erforderlich. - Für offenes Vorgehen nach vorherigem geschlossenen Vorgehen Mitteilung der „Therapieergänzung“ (= vereinfachte Beantragung auf PAR-Status) an Krankenkasse (s. Seite 40, Allgemeine Regelungen systematische PAR-Behandlungen, Nr. 2). - in Ausnahmefällen offenes Vorgehen auch ohne vorheriges geschlossenes Vorgehen möglich. - In Einzelfällen offenes Vorgehen auch bei geringeren Sondierungstiefen als 5,5 mm denkbar.
P202	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	22	<p>P202/ P203 Nur einmal je Parodontium abrechnungsfähig, auch wenn sich Maßnahmen ggf. auf mehrere Sitzungen verteilen. Durchführung möglichst innerhalb von vier Wochen Setzt Anästhesieleistungen im Sinne einer Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie voraus.</p>
P203	<p>Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn</p> <p>Abrechnungsbestimmungen zu P202 und P203: P202 und P203 setzen chirurgische Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien voraus. Diese umfassen die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement. Mit P202 oder P203 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Bema-Nrn. 105 und 107 abgegolten. Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten. Die Anästhesie ist zusätzlich berechenbar.</p>	34	<p><u>Ggf. zusätzlich abrechenbar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vopr. - Aufbissbehelf K1. - Semipermanente Schienung K4. - Nachbehandlung 111, wenn diese sich auf anderes Parodontium bezieht. - 57-SMS nur wenn ortsgrennter chirurgischer Eingriff. <p><u>Nicht zusätzlich abrechenbar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zst. - Mu. - Exz1/Exz2. <p><u>Abgrenzung geschlossenes (P200/P201) und offenes (P202/P203) Vorgehen:</u> siehe oben bei P200/P201.</p>

(Fortsetzung -->)

BEMA	Leistungsbeschreibung und Ausführungen des Bundes – BEMA	Bewertungszahl = Punkte	Beschlüsse, Feststellungen, Hinweise von KZVen sowie eigene Hinweise
Teil 5	Prothetische Leistungen (ZE)		Abrechnung auf Heil- und Kostenplan (HKP) erhältlich bei der KZV oder EDV-Erstellung Gleichartiger ZE (§55 Abs .4SGBV) und andersartiger ZE (§ 55 Abs .5SGB V): nach GOZ, Laborkosten nach § 9 GOZ; Mehrkosten = Differenz zwischen GOZ plus Laborkosten und Festzuschüssen
89	Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken Abrechnungsbestimmungen: Kann nur einmal je Heil- und Kostenplan abgerechnet werden. Kann nicht für das Einschleifen zur Aufnahme von Halte- oder Stützvorrichtungen abgerechnet werden. Kann auch neben Leistungen nach Bema-Nrn. 91 und 92 abgerechnet werden. Aus den Abrechnungsbestimmungen zu sk-106: Zum Artikulationsausgleich ist auch für das Beschleifen von Prothesenzähnen im Gegenkiefer die Bema-Nr. 106 einmal je Kiefer ansatzfähig. Neben der Bema-Nr. 106 kann die Bema-Nr. 89 für denselben Kiefer nicht abgerechnet werden.	16	89: Abrechenbar für Einschleifmaßnahmen an natürlichen Zähnen, an Kronen und Brückengliedern. Abrechenbar im präparierten Kiefer und im Gegenkiefer. Abrechenbar bei Anfertigung von Brücken und Prothesen. <u>Neben Einzelkronenanfertigung:</u> - Nicht abrechenbar, wenn nur Einzelkronen (Bema-Nr. 20) angefertigt werden. - Ausnahme: ggf im Einzelfall für Einschleifmaßnahmen, die über den Antagonisten hinausgehen, Bema-Nr. 106-sk abrechnungsfähig. <u>Neben Prothesenreparatur:</u> Auch in Verbindung mit der Bema-Nr. 100 abrechenbar, wenn z. B. eine Erweiterung (Bema-Nr. 100b) oder die Erneuerung mehrerer Prothesenzähne (Bema-Nr. 100b) oder eine Unterfütterung (Bema-Nr. 100d bis 100f) durchgeführt wurde. Voraussetzung ist, dass grobe Artikulations- und Okklusionsstörungen vor der Abdrucknahme beseitigt werden. <u>Andere Leistungsbereiche:</u> - Im Zusammenhang mit konservierenden und chirurgischen Behandlungen ist die Bema-Nr. 106 ansetzbar. - Im Rahmen der systematischen PAR-Behandlung ist die Bema-Nr. 108 zu beantragen und abzurechnen. - Bei KFO-Behandlungen kommt Bema-Nr. 124 in Betracht.
90	Versorgung eines Zahnes durch eine Wurzelstiftkappe mit Verankerung im Wurzelkanal mit Kugelknopfanker Mit einer Leistung nach der Nr. 90 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation der Kavität, Abformung, Einprobe, Einzementieren. Abrechnungsbestimmungen: Eine Leistung nach der Bema-Nr. 90 ist nur im Zusammenhang mit der Eingliederung einer Cover-Denture-Prothese bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer abrechnungsfähig.	154	90: <u>Regelversorgung:</u> - Nur bei höchstens drei Restzähnen. - In Kombination mit Teleskopkronen oder anderen Verbindungselementen in einem Kiefer bei Neuanfertigung nicht abrechenbar. <u>Gleichartige Versorgung:</u> Wurzelstiftkappen mit Magnetsystem (Hinweis der KZVB). <u>Andersartige Versorgung:</u> In allen anderen Fällen außer Cover-Denture-Prothese mit drei Restzähnen andersartig, da Wechsel der Versorgungsform. <u>Private Vereinbarung ohne Festzuschuss:</u> - Zähne mit unsicherer Prognose. - Zähne mit nicht richtliniengerechter WF oder radiologischer apikaler Läsion. - Wurzelkappe ohne Stiftverankerung. - Wurzelstiftkappe ohne Kugelknopfanker. - Kugelknopfanker auf Implantat. Wiederbefestigen nach Bema-Nr. 24a abrechnungsfähig. Wiederherstellung nach Bema-Nr. 100b abrechnungsfähig.
91 a) Metallische Vollkrone b) Vestibulär verblendete Verblendkrone c) Metallische Teilkrone d) Teleskop-/Konuskronen e) Verwendung eines Geschiebes bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern zusätzlich zu den Nrn. 91a bis c	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, je Pfeilerzahn Abrechnungsbestimmungen: 1. Mit den Leistungen nach den Bema-Nrn. 91 und 92 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion. 2. Gegossene Einlagefüllungen als Brückenanker sind nicht abrechnungsfähig. 3. Für die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskronen ist bei Neuanfertigung oder Wiederherstellung einer Prothese oder abnehmbaren Brücke die halbe Gebühr für die Bema-Nr. 91 d abzurechnen. Provisorische Eingliederung von feststehendem ZE: Zu unterscheiden sind „provisorische Eingliederung“ und „semipermanente Eingliederung“. 1. „Provisorische Eingliederung“ Es werden noch Veränderungen am eingegliederten Zahnersatz vorgenommen. Der Heil- und Kostenplan ist zum Zeitpunkt der provisorischen Eingliederung noch nicht abrechenbar, da der Zahnersatz noch nicht endgültig fertiggestellt ist. 2. „Semipermanente Eingliederung“ Eingliederung einer prothetischen Versorgung für längere Zeit zum Probetragen, ohne dass weitere Maßnahmen oder Veränderungen von vornherein geplant sind. Dies ist in der Patientendokumentation entsprechend zu dokumentieren.	118 128 136 190 43	91: <u>RV-GAV-AAV-Private Vereinbarung ohne FZ:</u> - Differenzierung nach Verblendbereich und Verblendungsgestaltung wie bei Einzelkronen, siehe S. 55 Bema-Nr. 20a-20c. - Zirkoniumdioxidbrücken, Zirkoniumoxidbrücken, Zirkonbrücken gleichartige Versorgung. Bei Vollkeramikbrücken allgemein Zweckmäßigkeit beachten (keine zu großen Spannen). - Implantatgestützte Brücken immer andersartige Versorgung. - Brücken in Galvanotechnik immer <u>private Vereinbarung ohne FZ</u> . - CDW-Brücken und UDA-Schraubenbrücken immer <u>private Vereinbarung ohne FZ</u> (nach GOZ Nrn. 5150, 5160). - Inlaybrücken und Pinledgebrücken immer <u>private Vereinbarung ohne FZ</u> (Brücken mit Teilkronen als Brückenanker können ggf. Regelversorgung sein). - Alle Brücken, die nicht unter FZ-Befunde 2.1 bis 2.5 fallen, sind andersartige Versorgung. - Bei Implantatversorgung mit nur einem Brückenanker wird Festzuschussfähigkeit einer Freindbrücke von Krankenkassen und KZVen weitgehend verneint, selbst wenn fachlich unbedenklich (= Widerspruch zum Prinzip der AV !!!). <u>Abgrenzung Einzelkrone-Brückenanker:</u> - Verblockte Einzelkronen können auch nach Bema-Nr. 20a bis 20c abgerechnet werden. - Sofern bei der Eingliederung einer Brücke mehrere Brückenanker im Verbund angezeigt sind, werden nur die an die Lücke angrenzenden Anker nach Bema-Nr. 91 abgerechnet. Die weiteren Anker, die nicht an die Lücke angrenzen, werden nach Bema-Nr. 20 abgerechnet, auch wenn sie mit den angrenzenden Brückenankern verbunden sind. <u>Weitere ggf. erforderliche ZE-Leistungen:</u> - Planungsmodelle Bema-Nr. 7b. - Einschleifmaßnahmen Bema-Nr. 89. - Abformung mit individuellem oder individualisiertem Löffel. 91d: <u>Teleskopkronen als Regelversorgung:</u> - Nur bei höchstens drei Restzähnen (= FZ-Befund 4.6) oder bei bis zum Eckzahn bzw. ersten Prämolaren durch mindestens zwei fehlende Zähne unterbrochener bzw. verkürzter Zahnreihe (= FZ-Befund 3.2) für den Eckzahn bzw. ersten Prämolaren (bei Befundsituation 3.2 maximal je ein Teleskop auf jeder Seite, auch Versorgung nur einer Seite mit Teleskop festzuschussfähig). - Befundkriterien „ww“ oder „ur“ für die mit Teleskopkronen versorgten Zähne nicht erforderlich. - Falls tatsächliche Versorgung in diesen Fällen nicht mit Teleskopkronen erfolgt (z. B. nur mit Klammerprothese), fallen die Festzuschüsse für die Teleskopkronen (FZ 3.2 bzw. 4.6) nicht an. - Krone mit Geschiebe statt Teleskopkronen = gleichartig <u>Teleskopkronen als gleichartige Versorgung:</u> - Bei Verblendungen außerhalb des Verblendbereichs oder bei Verblendungen, die über die vestibuläre Kronenfläche hinausgehen. - Weitere Teleskope im Zusammenhang mit FZ-Befunden 3.2. - Bei eigentlich andersartigen Versorgungsformen mit Teleskopkronen, bei denen an allen Ankerzähnen FZ-Befunde 1.1 anfallen (s. unten).

(Fortsetzung ->)

(Fortsetzung ->)

Abrechnungslexikon

Hinweise:

1. Die Ziffern hinter einem Begriff bedeuten die entsprechende BEMA-Nr., z. B.: Abbindung, Blutgefäß 37 = BEMA Nr. 37; anschließend S. 11 bedeutet Seite 11.
2. -> bedeutet: Schlagen Sie für weitere Hinweise unter dem genannten Begriff nach.
3. Einige §§ des SGB V finden Sie im Anschluss an das Abrechnungslexikon. Weitere §§ des SGB V, des BMV-Z, des EK-V u. a. finden Sie i. d. R. in der Vertragsmappe Ihrer KZV

<p>A</p> <p>AAV = andersartige Versorgung</p> <p>Abbindung, Blutgefäß 37-Nbl2 (S. 22)</p> <p>Abformmaterial, Pauschale bei</p> <ul style="list-style-type: none">- K1 - K9 (S. 40,41,42)- KFO 7a (S. 43,44)- ZE: eigene Kalkulation je Abformung <p>Abformung (teils Bestandteil der Leistung)</p> <ul style="list-style-type: none">- für ZE Situations-, Planungsmodell 7b (S. 40)- Abformung ohne Weiterbehandlung -> Hinweis bei 7b (S. 40)- für KFO-Modelle 7a (S. 44)- für vorbereitende Maßnahmen KFO 122b (S. 47)- mit individuellem Löffel 98a (S. 60) bei Kronen und Brücken oder GOZ 5170 ggf. bei Einzelkrone und Gegenkiefer- Funktionsabformung für Prothesen und Teilprothesen 98b/c (S. 61)- zur Remontage GOZ 5170- Überabformungen bei Wiederherstellungsmassnahmen an Zahnersatz GOZ 5170- für Situationsmodelle ggf. nach GOZ 0050 / 0060- zusätzliche Funktionsabformungen GOZ 5180, 5190 <p>Abnehmbare Brücke 92 (S. 58)</p> <p>Abrechnung von Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none">- § 295 SGB V: Abrechnung ärztlicher Leistungen- § 295 Abs. 2 SGB V: Versichertenbezogene Angaben der KZVen an Krankenkassen sind nicht zulässig, nur fallbezogene; Ausnahme ist die Auffälligkeitsprüfung gemäß § 296 SGB V !! <p>Abrechnungsfragen, zuständig ist die jeweilige Landes-KZV (Unterschiede zwischen KZVen !!)</p> <p>Abrechnungsprüfung</p> <ul style="list-style-type: none">- § 106 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung- § 106a SGB V Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung (Plausibilitätsprüfung) <p>Absaugen, Kieferhöhle 1480 (S. 13)</p> <p>Abschlußbescheinigung</p> <ul style="list-style-type: none">- § 29 Abs. 3 SGB V bei KFO <p>Abstrich 05 (S. 6)</p> <p>Abstützung -> Klammern, -> Verbindungselemente</p> <p>Abszesse, Phlegmone (S. 9)</p> <ul style="list-style-type: none">- oberflächlicher, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegener Abszess (z. B. Taschenabszess) Ä161(Inz1)- tiefliegender Abszess 2430- Zungenabszess 1511- Phlegmone 2432 <p>Abtrennen -> Trennung</p> <p>Acetal-Prothesen</p> <ul style="list-style-type: none">- reine Privatleistung nach GOZ, kein Festzuschuss !! <p>Achsenbestimmung GOZ 8020, 8030, 8035</p> <p>Addition</p> <ul style="list-style-type: none">- Aufbißbehelf K9 (S. 42)- weitergehende Funktionsmaßnahmen siehe Hinweis-GOZ -> Rekonstruktionen, -> Aufbau <p>Adhäsivbrücke 93 (S. 58)</p> <p>Adjustierung -> Einschleifen</p> <p>Ätz-Technik - semipermanente Schiene K4 (S. 41)</p> <p>Aktivieren</p> <ul style="list-style-type: none">- Klammern 100a 1x je Kiefer FZ 6.0 (S. 66)- Verbindungselemente GOZ 5090 als GAV mit FZ 6.0, je Verbindungselement (S. 66)- Aktivieren von Teleskopkronen mittels Friktionsstift, Laserpoint, Metallschicht oder Friktionslack u. ä. löst keinen Festzuschuss aus (KZV-Unterschiede !!), Berechnung nach GOZ 5090 <p>Akupunktur GOÄ 269 und GOÄ 269a</p> <p>Allergie-Diagnostik GOÄ 380 und GOÄ 399</p> <p>-> Materialunverträglichkeit</p>	<p>Alloplastisches Material zur Weichteilunterfütterung</p> <ul style="list-style-type: none">- GOÄ 2442- GOZ 4110 bei reinem Einbringen von alloplastischem Material ohne Weichteilunterfütterung in parodontale Knochendefekte <p>Alveolärer Ausgleich KFO</p> <ul style="list-style-type: none">- keine GKV-Leistung nach dem 18. Lebensjahr, siehe Hinweis-GOZ <p>Alveolarfortsatz</p> <ul style="list-style-type: none">- Resektion -> Alveolotomie- Aufbauoperation siehe Hinweis-GOZ <p>Alveole, trockene oder infizierte</p> <ul style="list-style-type: none">- 38 (N) (S. 22), 46 (XN) (S. 23) <p>Alveolotomie 62 (S. 26)</p> <ul style="list-style-type: none">- Resektion des Alveolarfortsatzes in einem Gebiet von vier und mehr Zähnen- bei Nachbehandlung auch bei weniger als 4 Zähnen <p>Amalgamfüllung</p> <ul style="list-style-type: none">- Austausch intakter Amalgamfüllungen (Ausnahme Amalgamallergie) keine GKV-Leistung, siehe Hinweis-GOZ <p>Ambulantes Operieren im Krankenhaus</p> <ul style="list-style-type: none">- § 115b SGB V <p>Amputation, vitale Pulpa 27 (Pulp) (S. 19)</p> <p>Anästhesien 40, 41 (S. 22)</p> <ul style="list-style-type: none">- Heilanästhesie nach GOÄ 267 (IH)- Injektionen i.v. 8253, i.a. 8254 (S. 8)- perineural, intraartikulär 8255 (S. 8)- elektronische Anästhesie oder Hypnose ist keine GKV-Leistung, siehe Hinweis-GOZ <p>Analogleistungen siehe Hinweis-GOZ unter § 6 Abs. 1 GOZ</p> <p>Analyse, -> Modelle</p> <ul style="list-style-type: none">- KFO 116, 117 (S. 44,45) oder GOZ 6010, 6020- FAL / FTL GOZ 8000 ff.- Implantologie GOZ 9000 <p>Anamnese</p> <ul style="list-style-type: none">- bei jedem Neupatienten erforderlich- häufig bei einem neuen Behandlungsfall erforderlich- in regelmäßigen Abständen erforderlich- keine eigene Gebührenposition (weder in BEMA noch GOZ), sondern Teil der Untersuchungs- und/oder Beratungspositionen <p>Anatomische Abformung -> Abformung</p> <p>Anätzen -> Ätztechnik</p> <p>Änderung</p> <ul style="list-style-type: none">- Schiene K8, K9 (S. 42)- KFO-Behandlungs-, Retentionsgeräte 122a (S. 47) <p>Anfärbung - Plaque IP1 (S. 37)</p> <ul style="list-style-type: none">- Dentin mit Karies-Detektor GOZ 2040 analog <p>Angewohnheiten,</p> <ul style="list-style-type: none">- Beseitigung schädliche Angewohnheiten 121 (S. 47) oder ggf. GOZ 6200- Gespräch zur Beseitigung schädlicher Angewohnheiten ggf. GOZ 6190 <p>Ankerbandklammer, offenes Teleskop 91d (S. 57) oder ggf. GOZ 5040, 5100, 5080 bei GAV (GOZ 5080 nicht neben GOZ 5040)</p> <p>Ankerkronen 91 (S. 57)</p> <p>Anleitung zu -> Angewohnheiten -> Spatelübungen</p> <p>Antagonist = Gegenkieferzahn mit Gegenkontakt</p> <p>Antibiotikum</p> <ul style="list-style-type: none">- lokale Anwendung (Dontisolon, Aureomycin) in Zahnfleischtasche 105 (Mu) (S. 27)- Sprechstundenbedarf (S. 76)- lokale Anwendung eines Antibiotika-Reservoirs (Elyzol, Atridox, Perio-Chip) in Zahnfleischtasche GOZ 4025, aber völlig unterbewertet !! <p>Antimigräneschiene: keine GKV-Leistung, K1/ K2 nicht berechenbar, GOZ 7000 bzw. 7010</p> <p>Antroskopie, Kieferhöhle 1466 (S. 13)</p> <p>Antrum-Eröffnung 1467 (S. 13)</p> <ul style="list-style-type: none">- Verschluss der eröffneten Kieferhöhle 51a, 51b (S. 27) <p>ANUG = akute, nekrotisierende, ulzerierende Gingivitis</p> <ul style="list-style-type: none">- lokale Massnahmen je Sitzung nach 105 (Mu) (S. 27)	<p>Anzahlung -> Laborkosten</p> <ul style="list-style-type: none">- Laborkostenabschlagszahlung (Anzahlung wg. Fremdkosten) möglich, auch wenn noch nicht angefallen (OLG München 11.05.1995, Az: 1 U 5547/94)- Abhängigmachen der Leistungserbringung von Vorleistung des Patienten nicht erlaubt !!- § 614 BGB „Fälligkeit der Vergütung“: Die Vergütung ist nach der Leistung der Dienste zu entrichten. Ist die Vergütung nach Zeitabschnitten bemessen, so ist sie nach dem Ablauf der einzelnen Zeitabschnitte zu entrichten.- Eine Akontozahlung ist nicht verboten. Eine mögliche Vereinbarung könnte daher lauten: „Die Parteien treffen in Abweichung von § 614 BGB folgende Vereinbarung: Der Patient erklärt sich bereit, die Zahlungen wie folgt zu leisten...“- Eine tatsächliche Verpflichtung zur Behandlung besteht nur bei Schmerzfällen <p>Apten 105 Mu (S. 27)</p> <p>Applikator</p> <ul style="list-style-type: none">- Medikamententräger für z.B. CHX - Gel GOZ 1030 plus Laborkosten nach § 9 GOZ <p>Arbeitsmodelle</p> <ul style="list-style-type: none">- Modelle zur diagnostischen Auswertung und Planung nach 7a 7b bzw. nach GOZ 0050 / 0060 können später auch als Arbeitsmodelle verwendet werden <p>Arbeitsgemeinschaft Zahnärzte Ersatzkassen (ARGE) nach § 29 Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV Z)</p> <p>Arbeitsunfähigkeit</p> <ul style="list-style-type: none">- § 15 Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) seit 01.07.2018 !!!- Bescheinigung AU 7700 (S. 8)- Hat der Zahnarzt eine AU zu Unrecht grob fahrlässig oder vorsätzlich ausgestellt, dann ist der Zahnarzt schadensersatzpflichtig nach § 106 Abs. 3a SGB V- Bei Zweifel an der AU kann der Arbeitgeber eine Überprüfung durch MDK verlangen (§ 275 Abs. 1a, b SGB V)- Pflicht des Arztes bei AU-Ausstellung: Angabe der Diagnose für die Krankenkasse nach § 295 Abs. 1 SGB V- Krankenkasse muss Diagnosen der AU aufzeichnen nach § 292 SGB V <p>Arbeitsunfälle: Abrechnung mit Berufsgenossenschaft, nicht über KVK -> Berufsgenossenschaft</p> <p>Arbiträre Scharnierachsenbestimmung, Modellmontage nach GOZ 8020</p> <ul style="list-style-type: none">- kinematische mit Modellmontage nach GOZ 8030, 8035 <p>Arthropathie</p> <ul style="list-style-type: none">- mögliche Diagnose für K1 ff. S. 40,41,42 bzw. GOZ-Nr. 8000 ff und 7000 ff-> Luxation, -> Kiefergelenk, -> Kieferklemme <p>Arthroplastik, Kiefergelenk 2135 (S. 13)</p> <p>Artikulationsstörung -> Einschleifen</p> <p>Arzneimittelverordnung § 12 BMV-Z seit 01.07.2018</p> <p>Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf (S. 76)</p> <p>(1) Die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln soll auf den von den Krankenkassen zu liefernden Vordrucken erfolgen, falls ein gültiger Behandlungsausweis vorliegt. Die Verordnung muss erkennen lassen, ob sie für</p> <ol style="list-style-type: none">a) ein Mitglied (mit Ausnahme der nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 sowie der nach § 315 a RVO bzw. § 2 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 KVLG Versicherten),b) den Familienangehörigen eines Mitgliedes nach a),c) einen pflichtversicherten Rentner (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 oder § 315 a RVO bzw. § 2 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 KVLG) oder dessen Angehörigen erfolgt. <p>(2) Die Beschaffung von Sprechstundenbedarf wird zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Kran-</p>
---	---	--