

KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Rundschreiben

**zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
für zahnärztliche Leistungen**

Dezember 2003

2. Auflage

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung.....	4
1.1 Einheitlicher Bewertungsmaßstab.....	4
1.2 Richtlinien über die vertragszahnärztliche Versorgung.....	5
1.3 Konsequenzen: Wegfall der Honorarbegrenzung bei Mehrkosten- vereinbarungen.....	6
2. Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen.....	7
2.1 Allgemeine Bestimmungen.....	9
2.1.1 Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte.....	10
2.1.2 Abrechnung von Leistungen durch Zahnärzte mit einer KZV- und KV-Zulassung.....	13
2.1.3 Übergangsregelungen.....	15
2.2 Bema-Teil 1 „Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen“.....	17
2.3 Bema-Teil 2 „Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbe- hilfe)“.....	39
2.4 Bema-Teil 3 „Kieferorthopädische Leistungen“.....	46
2.5 Bema-Teil 4 „Systematische Behandlung von Parodontopathien“.....	63
2.6 Bema-Teil 5 „Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen“.....	69
2.6.1 Zahnärztliche Leistungen.....	69
2.6.2 Zahntechnische Leistungen.....	87
3. Richtlinien über die vertragszahnärztliche Versorgung.....	90
3.1 Allgemeine Behandlungs-Richtlinien.....	91
3.2 Individualprophylaxe-Richtlinien.....	95
3.3 Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinien.....	96
3.4 Kieferorthopädie-Richtlinien.....	96
3.5 Zahnersatz-Richtlinien.....	99

	Seite
4. Änderung bundesmantelvertraglicher Regelungen.....	106
4.1 Konservierend-chirurgische Behandlung.....	106
4.1.1 Grundzüge des Abrechnungsverfahrens.....	106
4.1.2 Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte.....	107
4.1.3 Abrechnung von Wegegeld und Reiseentschädigungen.....	109
4.1.4 Beibehaltung des alphanumerischen Bema-Nummern- systems.....	110
4.1.5 Erfassungsschein.....	110
4.1.6 Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.....	112
4.2 Behandlung von Kiefergelenksverletzungen (Kieferbruch) und Kiefergelenkserkrankungen.....	112
4.2.1 Planung der Behandlung von Kieferbruch und Kiefer- gelenkserkrankungen.....	112
4.2.2 Abrechnung der Behandlung von Kieferbruch und Kiefer- gelenkserkrankungen.....	114
4.3 Kieferorthopädische Behandlung.....	117
4.3.1 Kieferorthopädischer Behandlungsplan.....	117
4.3.2 Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen.....	117
4.4 Systematische Behandlung von Parodontopathien.....	122
4.4.1 Planung der systematischen Par-Behandlung.....	122
4.4.2 Abrechnung der systematischen Par-Behandlung.....	123
4.4.3 Therapieergänzung.....	124
4.5 Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.....	127
 Anlagenverzeichnis.....	 129

1. Einleitung

1.1 Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Der Erweiterte Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen hat am 04.06. und 05.11.2003 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen mit Wirkung zum 01.01.2004 beschlossen. Er ist damit dem Gesetzesauftrag aus § 87 Abs. 2 und 2 d SGB V nachgekommen, die Leistungen „entsprechend einer ursachengerechten, zahnschonenden und präventionsorientierten Versorgung“ zu bewerten.

Der Gesetzgeber hatte zunächst dafür als Fristende den 31.12.2001 vorgesehen. Nachdem diese Frist abgelaufen war, rief das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Mitte Januar 2002 den Erweiterten Bewertungsausschuss an, der nach dem Gesetz den Bewertungsmaßstab innerhalb von sechs Monaten hätte festsetzen müssen. In den Beratungen im Erweiterten Bewertungsausschuss und in den Arbeitsausschüssen wurde allen Beteiligten, den Unparteiischen, den Vertretern der Zahnärzte und Krankenkassen deutlich, dass die Arbeit innerhalb der gesetzten Frist nicht zu leisten war.

Zu einer Beschlussfassung über Leistungsbeschreibungen und -bewertungen kam es schließlich am 04.06.2003 und am 05.11.2003.

Das Ergebnis ist im Hinblick auf die gesetzlichen Budgetzwänge eine kostenneutrale Umrelationierung des alten Bewertungsmaßstabes, durch die die Bewertungen der zahnärztlichen Leistungen auf der Grundlage arbeitswissenschaftlicher Studien verändert wurden. Dies bedeutet eine Aufwertung zahnerhaltender Maßnahmen und eine Abwertung prothetischer, kieferorthopädischer und parodontologischer Leistungen. Darüber hinaus werden einige neue Leistungen bei gleichzeitiger Ausgliederung von alten Leistungen in den Bewertungsmaßstab einbezogen. Ferner wurde eine Reihe von Leistungsbeschreibungen verändert. Dabei wurde das Ziel verfolgt, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zu präzisieren und zum Teil einzuschränken. Dies war aber nur auf der Grundlage der geltenden gesetzlichen Regelungen möglich.

Die Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen ist als Anlage 1 diesem Rundschreiben beigelegt.

Implantologische Leistungen in den Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V wurden nicht in den Bewertungsmaßstab einbezogen. Die Beratungen hierüber werden fortgeführt.

1.2 Richtlinien über die vertragszahnärztliche Versorgung

Im unmittelbaren Zusammenhang mit der Änderung des Bewertungsmaßstabes steht die Neufassung der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, die am 04.06.2003 beschlossen wurden und die ebenfalls zum 01.01.2004 in Kraft treten. Das gilt für die Allgemeinen Behandlungs-Richtlinien, die Individualprophylaxe-Richtlinien, die Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinien, die Kieferorthopädie-Richtlinien und die Zahnersatz-Richtlinien. Bei der Beschlussfassung über die Richtlinien wurde sichergestellt, dass der Inhalt der Richtlinien, insbesondere die Grenzen der Leistungspflicht mit dem Inhalt des Bewertungsmaßstabes übereinstimmen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat zwischenzeitlich mitgeteilt, dass es die am 04.06.2003 beschlossenen Richtlinien nicht beanstandet.

Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat am 04.06.2003 die Änderung des Abschnitts über die Parodontalbehandlung zunächst zurückgestellt. Der Bundesausschuss hat jedoch in seiner Sitzung am 24.09.2003 diesen Abschnitt neu gefasst. Dieser Richtlinienabschnitt ist dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gemäß § 94 SGB V vorgelegt worden. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat diesen Richtlinienabschnitt Ende November ebenfalls genehmigt, so dass sie im Dezember 2003 im Bundes-Anzeiger veröffentlicht werden und ebenfalls am 01.01.2004 in Kraft treten.

Die Neufassung der Richtlinien in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung ist als Anlage 2 dieses Rundschreibens beigelegt. Abschnitt B V der Allgemeinen Behandlungs-Richtlinien steht noch unter dem Vorbehalt der Stellungnahme des Bundesmi-

nisteriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, mit der Ende November, Anfang Dezember 2003 zu rechnen ist.

1.3 Konsequenzen: Wegfall der Honorarbegrenzung bei Mehrkostenvereinbarun- gen

Mit dem Inkrafttreten eines neuen Bewertungsmaßstabes und neuer Richtlinien zum 01.01.2004 sind die Gesetzesaufträge gemäß § 87 Abs. 2 d und § 92 Abs. 1 a SGB V erfüllt worden.

Dies hat eine wichtige Konsequenz für die Zahnärzte. Die Begrenzung des Honoraranspruches bei Mehrkostenvereinbarungen gemäß § 87 a SGB V entfällt. Ab 01.01.2004 findet damit die Gebührenordnung bei Mehrkostenvereinbarungen ohne Einschränkung Anwendung.

2. Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen

Der neue Bewertungsmaßstab enthält folgende Teile:

- Teil 1: Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen
- Teil 2: Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)
- Teil 3: Kieferorthopädische Leistungen
- Teil 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien
- Teil 5: Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Der neue Bewertungsmaßstab gilt nunmehr für die Primärkassen und die Ersatzkassen. Der Bewertungsmaßstab ersetzt damit die bisherigen Ersatzkassen-Gebührentarife. Er ist zukünftig Anlage A zum Bundesmantelvertrag (BMV-Z) und zum Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag (EKVZ).

Der vollständige Text des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes einschließlich aller Leistungsbeschreibungen und -bewertungen ist als Anlage 1 diesem Rundschreiben beigefügt. Er wird noch in einem besonderen Druckstück der KZBV veröffentlicht. Als Anlage 1.1 sind die Feststellungen und Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 des Zahnarzt-Ersatzkassenvertrages (EKVZ) beigefügt, die auch nach dem 01.01.2004 Gültigkeit haben. Diese Feststellungen und Beschlüsse sind für den Ersatzkassenbereich verbindlich.

Zahnärztliche Leistungen, die in den Teilen 1 bis 5 des Bewertungsmaßstabes nicht aufgeführt sind, können nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (nicht mehr nach der GOÄ 1965) abgerechnet werden. Voraussetzung ist, dass es sich um Leistungen handelt, die im Rahmen der Ausübung der Zahnheilkunde erbracht werden. Weitere Erläuterungen sind dem Abschnitt 2 „Allgemeine Bestimmungen“ (Seite 10ff) zu entnehmen.

Dieses Rundschreiben enthält Ausführungen zu den Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen, bei denen Änderungen eintreten. Der Wortlaut des Bewertungsmaßstabes wird in diesem Rundschreiben durch Fettdruck gekennzeichnet.

Unveränderte Leistungsbeschreibungen, bei denen die Bewertungszahlen verändert wurden, werden in dieses Rundschreiben nicht aufgenommen.

Der als Anlage 3 beigefügten Zusammenstellung sind die zahnärztlichen Leistungen zu entnehmen, die neu in den Bewertungsmaßstab aufgenommen worden sind oder die eine neue Leistungsnummer erhalten haben.

Als Anlage 4 erhalten Sie eine weitere Zusammenstellung der zahnärztlichen Leistungen, die aus dem alten Bewertungsmaßstab gestrichen worden sind.

2.1 Allgemeine Bestimmungen

Der Inhalt der bisherigen Allgemeinen Bestimmungen ist weitgehend erhalten geblieben.

Die Allgemeinen Bestimmungen enthalten die wesentlichen Grundlagen für die Beschreibung und Bewertung abrechnungsfähiger zahnärztlicher Leistungen.

- Mit den Leistungsbeschreibungen wird der Inhalt der Leistungsansprüche der Versicherten und der Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen und der Richtlinien des Bundesausschusses konkretisiert.
- Eine Leistung ist nur dann abrechnungsfähig, wenn der gesamte Leistungsinhalt erfüllt ist. Das gilt nicht bei Leistungsbestandteilen, die als fakultativ (ggf.) gekennzeichnet sind.
- Die allgemeinen Praxiskosten sowie die Kosten der Röntgendiagnostik sind in den Leistungsbewertungen enthalten. Nicht enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, für Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind. Zahntechnische Laborkosten sind in den Leistungsansätzen ebenfalls nicht enthalten, soweit der Bewertungsmaßstab nichts anderes bestimmt. Versand- und Portokosten sind in den Leistungsansätzen nicht enthalten.

Die Gesamtvertragspartner können vereinbaren, wie die Kosten im Einzelnen abgerechnet werden, die in den Leistungsansätzen des Bewertungsmaßstabes nicht enthalten sind.

Neu sind die folgenden zwei Regelungen in den Allgemeinen Bestimmungen.

2.1.1 Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte

Für zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, sehen die allgemeinen Bestimmungen in Nr. 3 des Bewertungsmaßstabes Folgendes vor:

Zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 Bema-Punkt anzusetzen. Die ermittelten Bewertungszahlen sind auf ganze Zahlen aufzurunden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist im Rahmen der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nach folgender Maßgabe anzuwenden:

- „a) Für die Berechnung von Wegegeld und Reiseentschädigung gelten §§ 8 und 9 GOÄ.
- b) Abschnitte B IV, B V, B VI (Nr. 70, 75), C (Nr. 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.“

Die alte GOÄ 1965 findet keine Anwendung mehr. Wenn im Rahmen der Ausübung der Zahnheilkunde Leistungen erbracht werden, für die der Bewertungsmaßstab keine Leistungsposition vorsieht, können sie nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden.

Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung kann der Zahnarzt grundsätzlich auf die Leistungen der GOÄ zurückgreifen, die für Zahnärzte nach der GOZ geöffnet sind. Das sind die Teile

B. Grundleistungen

Abschnitt IV Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche

Abschnitt V Zuschläge

Abschnitt VI Berichte, Briefe (Nr. 70, 75)

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

Aus dem Abschnitt C. „Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen“ können nur ausgewählte Leistungen abgerechnet werden (Nrn.

250, 251 bis 255, 271, 272, 300, 303). Dazu gehören Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen, Punktionen. Bei der Injektion (subkutan, submukös, intrakutan, intramuskulär) nach Nr. 252 wird klargestellt, dass die Injektion zu Heilzwecken (bisher Bema-Nr. Ä 29) nicht mehr abgerechnet werden kann. Dementsprechend ist die bisherige Passage aus den allgemeinen Behandlungsrichtlinien gestrichen worden.

- J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- L. Chirurgie
- N. Histologie

Andere Leistungen als die in Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen des Bewertungsmaßstabes aufgeführten Leistungen (Abschnitte B IV, B V, B VI (Nr. 70, 75), C (Nr. 250, 251, 252 - nicht für die Injektion zu Heilzwecken -, 253, 254, 255, 271, 272, 300, 303) J, L und N) können nicht abgerechnet werden.

Dieses Rundschreiben enthält als Anlage 5 eine Leistungsliste, der einerseits Hinweise zur Abrechnung zahnärztlicher Leistungen aus der geltenden Gebührenordnung für Ärzte und andererseits Angaben darüber zu entnehmen sind, nach welchen Gebührenpositionen der GOÄ 1965 bisher abgerechnet wurde.

Die in der Anlage 5 aufgeführten Leistungen sind nur dann abrechnungsfähig, wenn sie im Einzelfall zur Ausübung der Zahnheilkunde gehören, der Leistungsinhalt erbracht worden ist und der Bewertungsmaßstab ihre Abrechnung nicht ausschließt. Die KZVen sind berechtigt, im Rahmen ihrer Zuständigkeit zur gebührenordnungsmäßigen Prüfung Rechnungskorrekturen vorzunehmen. Soweit erforderlich können sie für ihren Bereich Änderungen der Leistungsliste vornehmen.

Die Leistungsliste weist keinen Ausschließlichkeitscharakter auf. Das heißt, dass ggf. auch weitere Leistungen aus den nach Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen geöffneten Teilen der GOÄ abgerechnet werden können. Voraussetzung ist dabei stets, dass es sich um Leistungen im Rahmen der Ausübung der Zahnheilkunde handelt. Leistungen aus nicht geöffneten GOÄ –

Teilen können im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht abgerechnet werden.

Die Leistungsliste weist außer den Leistungsbeschreibungen der GOÄ und der für die Abrechnung maßgeblichen Bewertungszahlen und Abrechnungsnummern auch die Leistungen aus der GOÄ auf, die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht abgerechnet werden können, weil der Bewertungsmaßstab eigene Leistungsbeschreibungen enthält. Soweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab Leistungen enthält, für die auch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen vorsieht, ist der Inhalt des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes maßgeblich. Die entsprechenden Leistungen aus der GOÄ können daher über die KZV nicht abgerechnet werden.

Beispiel:

Die GOÄ-Nr. 2428 (Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abzesses oder Furunkels) kann nicht über die KZV abgerechnet werden, da der Bewertungsmaßstab diese Leistung als Nr. Ä 161 (Inz) enthält.

Zur Ermittlung der für die Abrechnung über die KZV maßgeblichen Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte ein Bema-Punkt anzusetzen.

Beispiel:

Ä 2681 (Einrenkung einer alten Luxation des Unterkiefers, bisher Ä 302)

	400	GOÄ-Punkte
geteilt durch 9	= 44,4	
aufgerundet	45	Bema-Punkte

Um den Zahnärzten dieses Umrechnen zu ersparen, enthält die Leistungsliste (Anlage 5) auch die Bema-Bewertungszahlen für solche Leistungen, die im Rahmen der Ausübung der Zahnheilkunde anfallen können.

Die Abrechnung der GOÄ-Nummern im Einzelnen und die Abrechnung der Besuchsleistungen sowie des Wegegeldes und der Reiseentschädigung nach der GOÄ werden in den Abschnitten 4.1.2 und 4.1.3 (Seite 100ff) erläutert.

2.1.2 Abrechnung von Leistungen durch Zahnärzte mit einer Zulassung als Vertragszahnarzt und als Vertragsarzt

Bei der Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen durch Zahnärzte, die als Vertragszahnarzt und als Vertragsarzt zugelassen sind, hat es in der Vergangenheit häufig Schwierigkeiten gegeben, weil Unklarheit bestand, welche Leistungen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) oder über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) abgerechnet werden können. Diese Schwierigkeiten sollen durch die folgende Bestimmung Nr. 4 beseitigt werden:

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.

Doppelt zugelassene Zahnärzte dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die KZV oder nur über die KV abrechnen. Die Aufteilung eines Behandlungsfalles auf zwei Abrechnungen über die KZV und die KV ist unzulässig. Sofern einzelne Leistungen über die KV abgerechnet werden, ist die Abrechnung weiterer Leistungen über die KZV in einem einheitlichen Behandlungsfall nicht erlaubt.

Als Behandlungsfall ist im Rahmen der konservierend-chirurgischen Behandlung nach Bema-Teil 1 gemäß den Regelungen im Bundesmantelvertrag (BMV-Z) und im Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag (EKVZ) „die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung“ zu verstehen. Die Abrechnung von Leistungen eines Quartals darf daher nur über die KZV oder die KV erfolgen.

Im Rahmen der Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen und -verletzungen nach Bema-Teil 2 ist diese Definition nicht maßgeblich, weil diese Leistungen nicht quartalsbezogen abgerechnet werden. Hier ist auf den Behand-

lungsfall aus zahnmedizinischer Sicht abzustellen, der nur einheitlich abgerechnet werden darf.

Die Abrechnung über die KZV darf nur für Leistungen erfolgen, die zur Ausübung der Zahnheilkunde gehören. In diesem Fall steht der Bema-Z sowie definierte Leistungen aus der GOÄ zur Verfügung. Leistungen, die nicht zur Ausübung der Zahnheilkunde gehören, dürfen über die KZV nicht abgerechnet werden.

Die Abrechnung über die KV richtet sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen. Abrechnungsgrundlage ist daher ausschließlich der Einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM).

Die KZVen werden die Abrechnungen sorgfältig daraufhin überprüfen, ob die neuen Regelungen beachtet werden. Dabei werden sie auch Verfahren festlegen, die eine gemeinsame, mit den KVen abgestimmte Prüfung ermöglichen.

2.1.3 Übergangsregelungen

In die Allgemeinen Bestimmungen wurde unter Nr. 6 eine Regelung aufgenommen, die klärt, für welche Behandlungen der neue Bewertungsmaßstab gilt und unter welchen Voraussetzungen Leistungen noch nach dem alten Bewertungsmaßstab abgerechnet werden können, die ab dem 01.01.2004 erbracht werden.

6. **Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 04.06. und 05.11.2003 beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gilt vom 01.01.2004 an, soweit nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist.**
 - a) **Für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden und deren Behandlung noch andauert, gelten für die bis zum 30.06.2004 erbrachten Leistungen die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung weiter. Dies gilt entsprechend für Verlängerungsbehandlungen, die vor dem 01.01.2004 beantragt worden sind. Ab dem 01.07.2004 gilt für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung.**
 - b) **Für parodontologische Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein Parodontalstatus ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, sofern die Parodontalbehandlung bis zum 30.06.2004 abgeschlossen wird.**
 - c) **Für alle prothetischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 Heil- und Kostenpläne ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, sofern die Zahnersatzversorgungen bis zum 31.07.2004 eingegliedert werden.**

Die Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gilt grundsätzlich für alle zahnärztlichen Leistungen, die ab dem 01.01.2004 erbracht werden. Hiervon sind folgende Leistungsbereiche ausgenommen:

- Für prothetische Behandlungen, für die vor dem 01.01.2004 Heil- und Kostenpläne ausgestellt und bis zum 31.01.2004 von den Krankenkassen genehmigt worden sind, gilt der alte Bewertungsmaßstab, sofern die Zahnersatzversorgungen bis zum 31.07.2004 eingegliedert werden.
- Für parodontologische Behandlungen, für die vor dem 01.01.2004 ein Par-Status ausgestellt worden ist und die bis zum 31.01.2004 von den Krankenkassen genehmigt worden sind, gilt der alte Bewertungsmaßstab, sofern die Parodontalbehandlung bis zum 30.06.2004 abgeschlossen wird.
- Für kieferorthopädische Behandlungen, für die vor dem 01.01.2004 ein KFO-Behandlungsplan oder ein KFO-Verlängerungsantrag ausgestellt worden ist und die bis zum 31.01.2004 genehmigt worden sind (Altfälle), gilt der alte Bewertungsmaßstab, allerdings nur für Leistungen bis zum 30.06.2004. Für kieferorthopädische Leistungen in den Altfällen, die nach dem 01.07.2004 erbracht werden, gilt der neue Bewertungsmaßstab. Für die kieferorthopädischen Leistungen, für die ab dem 01.01.2004 ein KFO-Behandlungsplan oder ein KFO-Verlängerungsantrag ausgestellt wird, gilt der neue Bewertungsmaßstab.

Die KZBV wird prüfen, ob die vom Erweiterten Bewertungsausschuss für die Kieferorthopädie beschlossene Übergangsregelung rechtmäßig ist oder ob sie gegen das verfassungsrechtlich begründete Rückwirkungsverbot verstößt.

Weitere Einzelheiten zum Inhalt der Übergangsregelungen werden bei den einzelnen Leistungsbereichen (Teile 1 bis 5 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes) erläutert.

2.2 Bema-Teil 1 „Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen“

Die geänderten Beschreibungen und Bewertungen der Leistungen aus Bema-Teil 1 gelten grundsätzlich für alle Leistungen, die ab dem 01.01.2004 erbracht werden. Für Leistungen aus Bema-Teil 1, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht und abgerechnet werden, gilt nach Maßgabe der Übergangsregelung Nr. 6 Buchstabe a in Altfällen (siehe Seite 15) noch für bis zum 30.06.2004 erbrachte Leistungen der bis zum 31.12.2003 gültige Bewertungsmaßstab weiter.

Weitere Erläuterungen hierzu werden in Abschnitt 2.4 (Seite 43) gegeben.

Die Abrechnung der Leistungen des IV. Quartals 2003, die im Jahre 2004 abgerechnet werden, erfolgt noch nach dem alten Bewertungsmaßstab.

Die Beschreibung der zahnärztlichen Leistungen des bisherigen Bema-Teil 1 haben sich nur in einigen Punkten geändert. Hierauf wird im Folgenden besonders hingewiesen.

Ä 1 Beratung eines Kranken, auch fernmündlich **9** **Ber**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat beschlossen, die bisherige Leistung der Nr. Ä 1 sowie die Abrechnungsbestimmungen nicht zu verändern, sondern nur die Bewertungszahl von bisher 6 Punkten auf 9 Punkte anzuheben.

Eine Änderung hat sich allerdings in der bisherigen Streitfrage ergeben, unter welchen Voraussetzungen die Beratung nach Nr. Ä 1 neben Individualprophylaxeleistungen abgerechnet werden kann. Die bisherige Abrechnungsbestimmung zu den IP – Leistungen

„Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn. IP 1 bis IP 5 kann die Beratung (Nr. Ä 1) nicht abgerechnet werden.“

entfällt ab dem 01.01.2004. Damit ist der Streit zur Nebeneinanderberechnung von IP-Leistungen und der Nr. Ä 1 beseitigt. Die Abrechnungsfähigkeit richtet sich zukünftig nach den Abrechnungsbestimmungen zur Nr. Ä 1. Das bedeutet, dass

die Beratung neben der ersten zahnärztlichen Leistung im Quartal abgerechnet werden kann. Diese erste Leistung kann auch eine Individualprophylaxe-Leistung sein.

Die Abrechnung der Nr. Ä 1 wird allerdings durch eine Abrechnungsbestimmung zur Früherkennungsuntersuchung eingeschränkt. Sofern eine Früherkennungsuntersuchung und eine lokale Fluoridierung durchgeführt wird, kann daneben die Nr. Ä 1 nicht abgerechnet werden, da die Beratung Leistungsbestandteil der Früherkennungsuntersuchung ist.

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 nach Nr. 01k kann eine Leistung nach Nr. 01 nicht abgerechnet werden.

Die kieferorthopädische Untersuchung hat zum Ziel, Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen festzustellen. Das Ergebnis dieser Untersuchung ist, ob eine kieferorthopädische Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlich ist oder nicht. Sie steht stets vor Beginn einer Behandlung. Im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, für die

die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat, kann die Nr. 01k nicht abgerechnet werden. Eine Gebühr für die eingehende Untersuchung (Nr. 01) ist in diesem Fall ebenfalls nicht abrechnungsfähig. Sie kann während einer kieferorthopädischen Behandlung nur abgerechnet werden, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.

Die unter Nr. 6 genannte Feststellung des kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) ist nur dann Leistungsbestandteil, wenn der Zahnarzt oder Kieferorthopäde bei der Untersuchung zum Ergebnis kommt, dass mit der Behandlung zu beginnen ist. Dann ist mittels der KIG-Untersuchung festzustellen, ob die Behandlung der Leistungspflicht der Krankenkassen unterliegt. Auch wenn die Untersuchung zum Ergebnis kommt, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht, gehört die Untersuchung gleichwohl zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies ergibt sich aus einer Regelung der Kieferorthopädie-Richtlinien (Abschnitt B Nr. 2). Die Nr. 01k kann daher in diesem Fall über die KZV abgerechnet werden.

Die eingehende Untersuchung (Nr. 01) kann nicht neben einer Leistung nach Nr. 01k abgerechnet werden. Die kieferorthopädische Untersuchung kann nur von dem Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden erbracht werden, der zu einem späteren Zeitpunkt die kieferorthopädische Behandlung durchführt.

Die Beratung nach Nr. Ä 1 kann nicht neben der Nr. 01k abgerechnet werden, wenn beide Leistungen in derselben Sitzung erbracht werden, da die Beratung Leistungsbestandteil der kieferorthopädischen Untersuchung ist.

Ein Zahnarzt, der einen Patienten untersucht und dann an den Kieferorthopäden zur Behandlung überweist, kann nicht die kieferorthopädische Untersuchung (Nr. 01k), sondern nur die eingehende Untersuchung (Nr. 01) abrechnen.

De facto bedeutet dies, dass nur kieferorthopädisch tätige Zahnärzte die Leistung nach Nr. 01k abrechnen dürfen. Zahnärzte, die keine kieferorthopädischen Behandlungen durchführen, dürfen die Leistung Nr. 01k nicht erbringen und abrechnen. Sofern eine kieferorthopädische Behandlung zunächst beabsichtigt war, ihr Beginn im Hinblick auf medizinische Erfordernisse aber noch nicht aufgenommen

werden konnte, und der Zahnarzt die kieferorthopädische Behandlung nicht durchführt, weil es z. B. zu einem Behandlerwechsel gekommen ist, kann die Abrechnung der Nr. 01k nicht abgelehnt werden.

Der Mindestabstand zwischen zwei kieferorthopädischen Untersuchungen beträgt sechs Monate.

Stellt der Zahnarzt oder Kieferorthopäde bei der Untersuchung fest, dass ein Beginn der Behandlung erst in einem größeren zeitlichen Abstand (z. B. zwei Jahren) erforderlich wird, wird es in der Regel nicht wirtschaftlich sein, eine Folgeuntersuchung bereits nach sechs Monaten vorzusehen.

Der Bewertungsmaßstab sieht keine ausdrückliche Regelung vor, nach welchem Punktwert die Leistung der Nr. 01k abgerechnet wird. Die KZBV ist der Auffassung, dass der KONS-Punktwert anzusetzen ist, da die Nr. 01k Bestandteil von Bema-Teil 1 ist. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss den Antrag der Spitzenverbände der Krankenkassen abgelehnt hat, den KFO-Punktwert anzusetzen.

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 Abschnitt B V der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden.**

Der Zuschlag für Leistungen bei Nacht, an Sonn- und Feiertagen oder außerhalb der Zeit, in der der Zahnarzt üblicherweise seine Sprechstunde abhält oder seine Bestellpraxis ausübt, wird wie bisher nur für zahnärztliche Leistungen gezahlt, die in der Zahnarztpraxis durchgeführt werden. Neben dem Zuschlag nach Nr. 03 können die Zuschläge für Leistungen aus Abschnitt B V der GOÄ (z. B. Besuchsleistungen) nicht abgerechnet werden. Diese Zuschläge aus der GOÄ sind daher nur abrechnungsfähig, wenn zahnärztliche Leistungen außerhalb der Praxis anfallen.

04 Erhebung eines PSI-Code **10**

Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.

Die Erhebung des parodontalen Screening-Index (PSI) wird zum 01.01.2004 Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Er kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.

Mit Hilfe des PSI-Index lässt sich der Parodontalzustand des Patienten und sein individueller Behandlungsbedarf erfassen. Der PSI-Index ist auch bei Kindern und Jugendlichen – allerdings in eingeschränkter Form – anwendbar. Damit wird die Grundlage für eine Frühdiagnostik der marginalen Parodontitis geschaffen. Die Feststellung eines PSI-Codes 3 oder 4 ist Voraussetzung für die Durchführung einer systematischen Parodontal-Behandlung. Eine systematische Parodontal-

Behandlung kann jedoch auch ohne Erhebung eines PSI-Code erfolgen, wenn eine Sondertiefe von 3,5 mm und mehr festgestellt worden ist.

Der PSI-Index ist von der Zahnmedizinischen Wissenschaft entwickelt worden. Die Erhebung sollte mit einer speziellen Parodontalsonde erfolgen. Mit dieser Sonde lässt sich der zutreffende PSI-Code ermitteln. Es wird zwischen den Codes 0, 1, 2, 3 und 4 unterschieden. Die Feststellung von Code 3 oder 4 ist Voraussetzung für die Durchführung einer systematischen Parodontalbehandlung.

Einzelheiten über die Erhebung des parodontalen Screening-Index (PSI) sind dem als Anlage 6 beigefügten Artikel der Professoren Meyle und Jepsen (Parodontologie 2000, 1:17-21) zu entnehmen.

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.**

Diese neue Leistung hat die Prävention des Mundhöhlenkarzinoms zum Ziel. Hierzu ist ein Bürstenabstrich für die Exfoliativzytologie erforderlich. Diese Leistung ist indiziert bei verdächtigen Schleimhautbefunden (Leukoplakie, Erythroplakie, Lichen planus). Die zytologische Untersuchung der abgelösten Einzelzellen erfolgt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch Fachärzte.

Ä 928 Röntgenaufnahme der Hand 30

Diese Leistung kann je Aufnahme nach Maßgabe der Indikationsbeschreibung in den Kieferorthopädie-Richtlinien erbracht werden. Voraussetzung ist die Feststellung einer Abweichung des chronologischen vom Dentitionsalter, allerdings nur dann, wenn eine Orientierung über das Wachstumsmaximum und das Wachstumsende notwendig ist. Sie kann auch erforderlich werden, wenn nach abgeschlossener Dentition die Kenntnis des skelletalen Alters erforderlich ist.

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 abrechnungsfähig.

Die Abrechnungsfähigkeit des Fernröntgenseitenbildes nach Nr. Ä 934 a im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist begrenzt worden. Bei Frühbehandlungen mit verkürzter Behandlungszeit (siehe Abrechnungsbestimmung Nr. 5 zu den Leistungen nach den Nrn. 119/120) ist das Fernröntgenseitenbild nur einmal abrechnungsfähig. Eine Abrechnung kommt aber nur in Betracht, wenn skelettale Dysgnathien vorliegen.

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	10
-------------------------	---	-----------

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.

Die bisherige Regelung über das Verdrängen von Zahnfleisch war nicht eindeutig. Für die Zukunft wird klargestellt, dass das Durchtrennen von Zahnfleischfasern nicht mehr nach Nr. 12, sondern nach Nr. 49 abgerechnet werden kann. Maßnahmen zum Verdrängen von Zahnfleisch sind wie bisher nach Nr. 12 abrechnungsfähig, wenn dies zum Zwecke des Erkennens von unter sich gehen-

den Stellen, zur Darstellung der Präparationsgrenze oder zur subgingivalen Stufenpräparation, z. B. durch Retraktionsringe erfolgt. Eine Abrechnung der Nr. 12 für das Verdrängen von Zahnfleisch zum Zweck der Abformung ist weiterhin nicht möglich.

13 Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren

...

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

...

Mit der Anhebung der Bewertung der Füllungsleistungen entfallen ab dem 01.01.2004 die bisherigen Füllungszuschläge.

Die Leistungsbeschreibung der Füllungen hat sich nicht geändert.

Das bedeutet auch, dass das grundsätzliche Zuzahlungsverbot nicht beseitigt werden konnte. In der Abrechnungsbestimmung Nr. 1 zur Gebühren-Nummer 13 war bisher geregelt, dass § 4 Abs. 5 BMV-Z und § 8 Abs. 3 Zahnarzt-Ersatzkassen-Vertrag unberührt bleiben. Die Neufassung von Satz 3 der Abrechnungsbestimmungen („Die bundesmantelvertraglichen Regelungen bleiben unberührt.“) ändert nichts an den Möglichkeiten, private Vereinbarungen auf der Grundlage der genannten bundesmantelvertraglichen Regelungen (§ 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 8 Abs. 3 Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag) abzuschließen. Voraussetzung ist hierfür, dass der Versicherte wünscht, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Die Änderung von Nr. 1 der Abrechnungsbestimmungen war nur deswegen erforderlich, weil der Bema zukünftig für Primär- und Ersatzkassen wortgleich ist und daher nicht mehr ausdrücklich auf die bisher genannten Bestimmungen, die unverändert weiter gelten, Bezug genommen werden konnte. Im übrigen gilt die gesetzliche Mehrkosten-Regelung für Füllungen wie bisher weiter.

Endodontische Behandlungen (Nrn. 25 bis 35)

Eine endodontische Behandlung ist in der Regel angezeigt bei Zähnen mit Erkrankungen oder traumatischen Schädigungen der Pulpa sowie bei Zähnen mit nekrotischem Zahnmark. Die endodontische Behandlung von Molaren ist aus zahnmedizinischer Sicht kritisch zu beurteilen. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung sind diese Leistungen daher nur dann angezeigt, wenn

- damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freiendsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

Bei der Beurteilung, ob durch endodontische Behandlungen eine einseitige Freiendsituation vermieden wird, ist eine umfassende Betrachtung anzustellen. Die Entscheidung ist abhängig vom Befund und Alter des Patienten, insbesondere von der Antagonistensituation, der Bezahlung der kontralateralen Seite und der bestehenden prothetischen Versorgung.

Besonders kritisch zu bewerten ist die Revision von Wurzelkanalfüllungen. Die Revision ist in der Regel nur angezeigt bei im Röntgenbild erkennbaren nicht randständigen oder undichten Wurzelkanalfüllungen. Die drei oben genannten Voraussetzungen sind auch bei der Revision zu beachten. Wird eine endodontische Behandlung auf Wunsch des Patienten durchgeführt, obwohl die einschränkenden Voraussetzungen nicht vorliegen und daher eine Behandlung nicht richtlinienkonform durchgeführt werden kann, gehört diese Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Das gilt auch für eine anschließende prothetische Versorgung an demselben Zahn (z. B.: Eingliederung einer Krone).

26
P

Direkte Überkappung, je Zahn

6

Direkte Überkappung im bleibenden Zahn bei artifizierter oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa, je Zahn

Diese Leistung wird entsprechend der zahnmedizinischen Erkenntnisse neu definiert. Danach werden unter der direkten Überkappung zahnärztliche Maßnahmen verstanden, bei denen die artifiziert oder traumatisch eröffnete Pulpa im bleibenden Zahn mit Kalziumhydroxid-Präparaten bedeckt wird.

27 Pulpotomie **29**
Pulp

Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa am Milchzahn und am symptomlosen bleibenden Zahn mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum einschließlich Abtragen des Pulpendaches, Amputation der koronalen Pulpa, Spülung und Blutstillung, Aufbringen eines Überkappungspräparates, je Zahn

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

Die Pulpotomie ersetzt die bisherige Bema-Leistung Nr. 27 (Vitalamputation). Sie ist nur bei Kindern und Jugendlichen angezeigt und kann nur am Milchzahn oder an symptomlosen bleibenden Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum durchgeführt werden.

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

Medikamentöse Einlagen sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat die Einschränkung der Abrechnungsfähigkeit der medikamentösen Einlage auf drei Sitzungen, die der Bundesausschuss bei seinem Beschluss vom 04.06.2003 vorgesehen hatte, nunmehr auch in die Leistungsbeschreibung der Nr. 34 aufgenommen.

Die Abrechnungsfähigkeit der medikamentösen Einlage war bisher nicht beschränkt. Dies wird nicht mehr als zahnmedizinisch sinnvoll angesehen. Grundsätzlich genügen bei einer endodontischen Behandlung bis zu drei Einlagen. Nur in begründeten Ausnahmefällen kann es erforderlich werden, mehr als drei Einlagen vorzunehmen. Nur in solchen Fällen werden mehr als drei Einlagen nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen.

40
I

Infiltrationsanästhesie

8

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

41
L 1
L 2

Leitungsanästhesie

- a) intraoral
- b) extraoral

12
16

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

Die Leistungsbeschreibungen für die Infiltrationsanästhesie (Nr. 40) und die Leitungsanästhesie (Nr. 41) wurden bis auf zwei Ausnahmen nicht geändert. Beide Anästhesie-Leistungen konnten bisher nur bei lang dauernden chirurgischen Eingriffen ein zweites Mal abgerechnet werden. Diese Einschränkung ist entfallen. Zukünftig können Anästhesien auch bei anderen lang dauernden Ein-

griffen, insbesondere bei prothetischer Behandlung und der Parodontalbehandlung ein zweites Mal abgerechnet werden.

Außerdem wurde klargestellt, dass die Leitungsanästhesie neben der Infiltrationsanästhesie in Ausnahmefällen abgerechnet werden kann, wenn bei chirurgischen und parodontal-chirurgischen Leistungen nur so eine ausreichende Anästhesietiefe oder die Ausschaltung von Anastomosen erreicht werden können.

42(alt) Analgesie

Die bisherige Leistung (Analgesie durch Inhalation) wurde aus dem Bewertungsmaßstab gestrichen, weil es sich nicht um eine zahnärztliche, sondern um eine ärztliche Leistung handelt. Sie kann daher im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht abgerechnet werden.

In diesem Zusammenhang wurde auch der bisherige Satz

„Eine Narkose oder Analgesie gehört zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht angezeigt ist.“

aus den Richtlinien gestrichen.

Dies bedeutet nicht, dass damit Narkosen oder Analgesien, die bei zahnärztlichen Behandlungen, z.B. bei Behinderten erforderlich werden, nicht mehr durchgeführt werden dürfen. In einer Protokollnotiz hat der Bundesausschuss klargestellt, dass zentrale Anaesthesien oder Analgosedierungen zur Leistungspflicht der GKV gehören, wenn sie im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen notwendig sind, wenn also eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Eine andere Art der Schmerzausschaltung ist dann nicht möglich, wenn Infiltrationsanaesthesia oder Leitungsanaesthesia nicht ausreichen, um eine Behandlung ordnungsgemäß durchzuführen. Bei der Behandlung von Behinderten kann der Schmerz zwar mit Infiltrationsanaesthesia oder Leitungsaesthesia ausgeschaltet werden, gleichwohl kann die Schmerzausschaltung allein noch nicht eine ausreichende Voraussetzung für die Durchführung einer Behandlung sein. In diesem Fall kann die zentrale Anaesthesia indiziert sein, um eine Behandlung des Behinderten zu ermöglichen.

Narkosen und Analgosedierungen unterliegen der Leistungspflicht der GKV unter den beschriebenen Voraussetzungen. Diese Leistungen sind allerdings im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und über die Kassenärztlichen Vereinigungen abzurechnen.

Wird ein Facharzt zur zahnärztlichen Behandlung hinzugezogen, um eine zentrale Anästhesie oder Analgosedierung vorzunehmen, wird der Facharzt diese Leistungen über die KV abrechnen. Die zahnärztliche Behandlung im übrigen wird über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Sofern ein doppelt zugelassener Zahnarzt und Arzt berechtigterweise solche Leistungen selbst erbringt, wird er die Leistungen dieses Behandlungsfalles einheitlich über die KV abrechnen. Eine Abrechnung über die KZV kommt nicht in Betracht.

47 b Hem Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes 72
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.

Die Prognose von Hemisektionen und Teilextraktionen mehrwurzeliger Zähne ist aus zahnmedizinischer Sicht kritisch zu beurteilen. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung sind diese Leistungen daher nur angezeigt, wenn hierdurch eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann oder wenn sie zum Erhalt einer bestehenden prothetischen Versorgung erforderlich ist.

Die Prämolarisierung, d.h. die Teilung eines Molaren gehört nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Versorgung und kann daher nicht nach Nr. 47 b abgerechnet werden.

48 Ost 2 Entfernen eines verlagerten und / oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung 78

In die Leistungsbeschreibung der Nr. 48 wird nunmehr auch das Entfernen eines impaktierten Wurzelrestes und eines Zahnkeimes aufgenommen. Damit wird die bisherige Leistungsposition Germektomie (Nr. 64) entbehrlich.

49	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes	10
-----------	---	-----------

Exz 1

- 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.**

Die bisherige Regelung über das Durchtrennen von Zahnfleischfasern im Zusammenhang mit der Präparation von Zähnen war nicht eindeutig. Für die Zukunft wird klargestellt, dass das Durchtrennen von Zahnfleischfasern nicht mehr nach Nr. 12, sondern nach Nr. 49 abgerechnet werden kann.

In Fällen, in denen an demselben Zahn getrennte Maßnahmen nach Nr. 12 (Verdrängen des Zahnfleisches) und nach Nr. 49 (Durchtrennen des Zahnfleisches) zahnmedizinisch indiziert sind, sind beide Leistungsnummern nebeneinander abrechnungsfähig. Für das Durchtrennen des Zahnfleisches kann allerdings nur die Nr. 49, nicht aber zusätzlich die Nr. 12 abgerechnet werden, wenn nicht zusätzliche zahnärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die den Leistungsinhalt der Nr. 12 erfüllen. Das bedeutet, dass für das Durchtrennen des Zahnfleisches die Nr. 49 und für das Verdrängen des Zahnfleisches an demselben Zahn die Nr. 12 abgerechnet werden kann.

Maßnahmen zum Verdrängen von Zahnfleisch sind wie bisher nach Nr. 12 abrechnungsfähig, wenn dies zum Zwecke des Erkennens von unter sich gehenden Stellen, zur Darstellung der Präparationsgrenze oder zur subgingivalen Stufenpräparation, z. B. durch Retraktionsringe erfolgt.

54	Wurzelspitzenresektion	
-----------	-------------------------------	--

- | | | |
|-------------|---|-----------|
| WR 1 | a) an einem Frontzahn | 72 |
| WR 2 | b) an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze | 96 |
| WR 3 | c) am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar, je weitere Wurzelspitze | 48 |

61 **Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale** **72**
Dia

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

Mit der geänderten Leistungsbeschreibung wird klargestellt, dass Korrekturen des Lippenbändchens bei echtem Diastema nur dann den Leistungsinhalt erfüllen, wenn das Septum durchtrennt wird.

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

1. Zum Artikulationsausgleich ist auch für das Beschleifen von Prothesenzähnen im Gegenkiefer die Nr. 106 einmal je Kiefer ansatzfähig. Neben einer Leistung nach der Nr. 106 kann eine Leistung nach der Nr. 89 für denselben Kiefer nicht abgerechnet werden.

2. Das Beseitigen störender Prothesenränder kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.

Die Leistungsbeschreibung beinhaltet als Inhalt nicht mehr Ätzungen flächenhafter Milchzahn-Karies, da diese Leistung zahnmedizinisch als überholt anzusehen ist. Die Abrechnungsbestimmungen haben sich nicht geändert.

107 **Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung** **16**
Zst

Das Entfernen harter Zahnbeläge ist einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig.

Der Leistungsinhalt ändert sich nicht. Allerdings wird die Abrechnung dieser Leistung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung eingeschränkt. Sie kann nur noch einmal pro Kalenderjahr abgerechnet werden. Diese Leistungseinschränkung erscheint zahnmedizinisch vertretbar, sie war aber auch erforderlich, um finanzielles Volumen für neue Leistungen bzw. für Leistungsänderungen, insbesondere in der Individualprophylaxe, zu schaffen.

Weitere Maßnahmen der Belagsentfernung in demselben Kalenderjahr gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Individualprophylaxe-Leistungen

Für Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, gibt es ab dem 01.01.2004 vier verschiedene Individualprophylaxe-Leistungen. Diese Leistungen können in folgender Häufigkeit abgerechnet werden.

- IP 1 Mundhygienestatus
Einmal je Kalenderhalbjahr
- IP 2 Mundgesundheitsaufklärung
Einmal je Kalenderhalbjahr
- IP 4 Lokale Fluoridierung
Einmal je Kalenderhalbjahr
Bei hohem Kariesrisiko: Zweimal je Kalenderhalbjahr
- IP 5 Fissurenversiegelung
Keine Änderung

Bei den ergänzenden Abrechnungsbestimmungen hat sich außerdem eine wesentliche Änderung ergeben. Die bisherige Regelung zur Nebeneinanderberechnung der IP-Leistungen und der Beratung (Nr. Ä 1) ist entfallen. Die KZBV geht davon aus, dass hierdurch in Zukunft der bisherige Auslegungstreit, der Gegenstand von sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen ist, erledigt ist. (Weitere Ausführungen siehe unter Nr. Ä 1, Seite 17f)

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.**

Die Mundgesundheitsaufklärung ersetzt die bisherigen Leistungen Nr. IP 2 (Aufklärung über Krankheitsursachen) und Nr. IP 3 (Remotivation). Der Inhalt dieser Leistung deckt sich weitgehend mit der bisherigen Nr. IP 2. Die Mundgesundheitsaufklärung kann zukünftig einmal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden. Der bisherige Abrechnungsmodus (Nr. IP 2: einmal in drei Jahren; Nr. IP 3: viermal in drei Jahren) wird beseitigt.

Remotivationen, die einen Schlüssel für die Stabilität der Patientenführung darstellen, können nach der neuen Nr. IP 2 abgerechnet werden. Damit werden die Möglichkeiten der Mundgesundheitsaufklärung des Patienten erweitert und die Individualprophylaxe gefördert. Im Rahmen der Remotivationen sind die präventiven Ziele im Rahmen des Individualprophylaxe-Programms patientenbezogen immer wieder zu überprüfen und an das Patientenverhalten anzupassen, um die Compliance zu sichern.

IP 4 Lokale Fluoridierung der Zähne 12

Die Nr. IP 4 umfasst folgende Leistungen:

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

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

Die Fluoridierung kann zukünftig bei Kindern mit hohem Kariesrisiko ab dem 6. Lebensjahr zweimal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden. Dadurch kommen diesem Personenkreis im Interesse ihrer Mundgesundheit häufigere Fluoridierungsmaßnahmen zu Gute.

In den Individualprophylaxe-Richtlinien (Nr. 6) ist definiert, unter welchen Voraussetzungen Kinder und Jugendliche ein hohes Kariesrisiko aufweisen.

„Ein hohes Kariesrisiko wird durch die folgenden Werte des Karies-Indexes DMF-T / DMF-S angezeigt:

Alter bis

7 Jahre	dmf/DMF (t/T) > 5 oder D(T) > 0
8 - 9 Jahre	dmf/DMF (t/T) > 7 oder D(T) > 2
10 - 12 Jahre	DMF (S) an Approximal/Glattflächen > 0
13 - 15 Jahre	D (S) an Approximal/Glattflächen > 0 und / oder mehr als 2 kariöse Läsionen

Dies gilt auch für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.“

Die Richtlinien haben hiermit die aus epidemiologischer Sicht vom Deutschen Ausschuss für Jugendzahnpflege (DAJ) entwickelte Definition von Risikogruppen übernommen und dabei die Definition auf Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erweitert. Hiermit ist ein geeignetes Instrumentarium geschaffen worden, um Kinder und Jugendliche mit hohem Kariesrisiko zu ermitteln.

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 der 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.**

In der Leistungsbeschreibung wird klargestellt, dass die Versiegelung sich auf Fissuren und Grübchen bezieht.

Außerdem wird zukünftig sichergestellt, dass die Versiegelung auch bei Kindern vor Vollendung des 6. Lebensjahres abrechenbar ist, sofern der sogenannte 6-Jahres-Molar bereits durchgebrochen ist. Hierdurch wird eine mehrfach von Zahnärzten erhobene Forderung erfüllt, die Versiegelung nicht auszuschließen, wenn in Ausnahmefällen der 6-Jahres-Molar bereits vor Vollendung des 6. Lebensjahres vorhanden ist.

- 1. In dem Zeitraum vom 30. bis zum 72. Lebensmonat erfolgen drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Der Abstand zwischen den Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate.**
- 2. Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen enthalten folgende Leistungen:**
 - Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung (Inspektion der Mundhöhle)**
 - Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmft-Indexes**
 - Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene**
 - Empfehlung und ggf. Verordnung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (Fluorid-Tabletten, fluoridiertes Salz, fluoridierte Zahnpasta und dergl.)**
- 3. Neben den Früherkennungsuntersuchungen kann eine Leistung nach Nr. 01 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann die Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden.**
- 4. Eine Leistung nach Nr. IP 4 (lokale Fluoridierung der Zähne) kann bei Kindern mit hohem Kariesrisiko vom vollendeten 3. Lebensjahr an bis zum vollendeten 6. Lebensjahr zweimal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.**
- 5. Im Zusammenhang mit den Früherkennungsuntersuchungen und einer Leistung nach Nr. IP 4 kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nicht abgerechnet werden.**
- 6. Die Abrechnung von Früherkennungsuntersuchungen setzt die Einzeluntersuchung bzw. -unterweisung voraus.**

Die Früherkennungsuntersuchung Nr. FU ersetzt die bisherigen Untersuchungsleistungen Nrn. FU 1 bis FU 3. Die neue Leistung kann dreimal in dem Zeitraum vom 30. bis 72. Lebensmonat erfolgen. Der Abstand zwischen den Untersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate.

Damit ist die unbefriedigende Beschränkung der bisherigen Früherkennungsuntersuchungen auf drei definierte Zeiträume beseitigt. Darüber hinaus steht die

3. Untersuchung zukünftig allen anspruchsberechtigten Versicherten offen und ist nicht mehr auf Kinder mit hohem Kariesrisiko beschränkt.

Nach dem Wortlaut der Abrechnungsbestimmung Nr. 4 kann die lokale Fluoridierung auch bei Kindern, die ein hohes Kariesrisiko aufweisen, vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres zweimal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden. Diese Abrechnungsbestimmung steht allerdings im Widerspruch zum Inhalt der Früherkennungs-Richtlinien, die die lokale Fluoridierung ab dem 3. Lebensjahr vorsieht. Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich darüber verständigt, dass die lokale Fluoridierung bei Kindern vom 30. Lebensmonat erfolgen kann. Der Bewertungsmaßstab und die Richtlinien werden so bald wie möglich angepasst.

Werden im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen Maßnahmen der lokalen Fluoridierung erforderlich, so kann neben diesen Leistungen die Beratung (Nr. Ä 1) nicht abgerechnet werden, da die Beratung Leistungsbestandteil der Früherkennungsuntersuchung ist. Daher ist eine Abrechnung der Nr. Ä 1 neben einer Früherkennungsuntersuchung ausgeschlossen.

2.3 Bema-Teil 2 „Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)“

Dieser Bema-Teil beinhaltet zukünftig nur noch die Leistungen:

- Nr. 2 Heil- und Kostenplan,
- Nrn. 7 a und 7 b Abformungen und
- Nrn. K 1 bis K 9 Aufbissbehelfe.

Die übrigen Maßnahmen zur Behandlung von Kieferbrüchen werden aus dem Bewertungsmaßstab gestrichen. Die Streichung dieser Leistungen aus dem Bema bedeutet aber nicht, dass die bisherigen Kieferbruch-Leistungen nicht mehr abgerechnet werden können. Sie können vielmehr nach der geltenden GOÄ abgerechnet werden. Die bisher in der GOÄ 1965 geregelten Kieferbruch-Leistungen wurden bereits 1987 nicht mehr in die novellierte GOZ übernommen, weil diese Leistungen in der Gebührenordnung für Ärzte 1982 geregelt sind. Für die übrigen aus der GOÄ entnommenen Kieferbruch-Leistungen (Nrn. Ä 299 bis Ä 356 Bema-Teil 2) bestand keine Notwendigkeit mehr diese im Bema zu regeln. Diese Leistungen bleiben Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Maßnahmen zur Behandlung von Kieferbrüchen können nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte Abschnitt J. „Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“ und Abschnitt L. „Chirurgie“ über die KZV abgerechnet werden, sofern sie zahnärztliche Leistungen gemäß dem Zahnheilkundegesetz darstellen. Im übrigen wird auf die Aussagen unter 2.1.1 dieses Rundschreibens (Seite 10ff) verwiesen.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen enthält keine besonderen Übergangsregelungen für den Bema-Teil 2. Das bedeutet, dass die geänderten Beschreibungen und Bewertungen der Leistungen aus Bema-Teil 2 für alle Leistungen gelten, die ab dem 01.01.2004 erbracht werden.

Bei Behandlungsfällen, die sich auf das Jahr 2003 und das Jahr 2004 erstrecken, ist daraus folgende Konsequenz zu ziehen. Von dem bisherigen Grundsatz, wonach bei der Behandlung von Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen die Leistungen eines Behandlungsfalles insgesamt in eine Abrechnung aufgenommen wurden, muss bei den Übergangsfällen abgewichen werden. Die Leistungen solcher Fälle, die im Jahr 2003

Die Nr. 7 a steht nur für Planungsmodelle bei kieferorthopädischer Behandlung zur Verfügung. Wie bisher schon in den Kieferorthopädie-Richtlinien beschrieben, müssen die Modelle dreidimensional orientiert sein.

Die Nr. 7 b setzt keine dreidimensionale Orientierung voraus. Sie kann abgerechnet werden bei der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels sowie bei der Versorgung mit Zahnersatz. Bei der Versorgung mit Zahnkronen als alleinige Maßnahme ist die Nr. 7 b in der Regel nicht abrechnungsfähig.

Bei der Parodontalbehandlung wird die Abformung nicht mehr als zahnmedizinisch sinnvoll angesehen. Die Nr. 7b kann daher in diesem Zusammenhang nicht mehr abgerechnet werden.

Aufbissbehelfe (Nrn. K 1 bis K 9)

Die Indikation zum Eingliedern von Aufbissbehelfen wird eingeschränkt. Die Voraussetzungen der Abrechnungsfähigkeit werden im Einzelnen in den Leistungsbeschreibungen festgelegt, und zwar mit dem Ziel, nicht indizierte und unwirtschaftliche Behandlungen zu vermeiden (siehe auch Abschnitt B VI der Allgemeinen Behandlungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen). Um die Erbringung nicht indizierter und unwirtschaftlicher Aufbissbehelfe nach den Nrn. K 1 bis K 4 von der Abrechnung auszuschließen, wird auch für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen ein Verfahren der vorherigen Kostenübernahme vereinbart. Hierzu erstellt der Zahnarzt einen Behandlungsplan (Vordruck "Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch"), der der Krankenkasse zuzusenden ist.

Die Gesamtvertragspartner haben allerdings die Möglichkeit, Abweichendes zu vereinbaren. Sie können daher vom Verfahren der vorherigen Kostenübernahme Abstand nehmen (siehe gemeinsame Abrechnungsbestimmung Nr. 4 zu den Nrn. K 1 bis K 4).

Gemeinsame Abrechnungsbestimmungen zu den Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 4:

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

-
- Miniplastschienen mit individuell geformten Kunststoffrelief,
 - Interzeptoren,
 - spezielle Aufbisschienen, die alle Okklusionsflächen bedecken (z. B. Michigan-Schienen).

Andere Aufbissbehelfe können im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht abgerechnet werden.

Aufbisschiene bei der Parodontalbehandlung:

Soweit im Rahmen der systematischen Parodontalbehandlung Aufbisschienen angezeigt sind, können diese nach der Nr. K 1 abgerechnet werden. Die bisherige Nr. P 202 ist entfallen.

Nach der Abrechnungsbestimmung Nr. 2 zu den Nrn. K 1 bis K 4 sind Leistungen nach den Nrn. K 1 und K 4 auch bei der Parodontalbehandlung abrechnungsfähig. Diese Regelung hat zum Ziel, die Abrechnung von Leistungen nach den Nrn. K 2 und K 3 auszuschließen. Ihr kann aber nicht entnommen werden, dass Wiederherstellungs- und Kontrollmaßnahmen bei Aufbissbehelfen im Rahmen der Parodontalbehandlung ausgeschlossen sind. Sind solche Maßnahmen angezeigt, können sie nach den Nrn. K 6 bis K 9 abgerechnet werden.

Bissführungsplatten bei der Versorgung mit Zahnersatz:

Soweit im Rahmen der prothetischen Behandlung Bissführungsplatten angezeigt sind, können diese nach der Nr. K 1 abgerechnet werden. Die bisherige Nr. 90 ist entfallen.

Unabhängig davon, welcher Aufbissbehelf eingegliedert wird, erfolgt die Abrechnung nach der Nr. K 1. Eine Kennzeichnung nach den Buchstaben a) bis c) wird nicht gefordert.

K 2 Eingliedern eines Aufbissbehelfs zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche 45

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

Ein Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche ist nur angezeigt bei akuten Schmerzzuständen. Im Gegensatz zu Aufbissbehelfen nach Nr. K 1 werden

hier keine definierten Druckpunkte für die Gegenkieferzähne geschaffen. Behandlungsziel ist die Verhinderung des Zahnreihenschlusses und dadurch die Entlastung der Kaumuskulatur.

K 3 Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf zur Unterbrechung der Okklusionskontakte mit adjustierter Oberfläche 61

Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann angezeigt sein bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen.

Bei bereits vorhandenem herausnehmbarem Zahnersatz bietet es sich an, diesen zum Aufbissbehelf umzuarbeiten. Das kann auch nach chirurgischen Behandlungen angezeigt sein. Hinsichtlich Indikation und Behandlungsziel gelten die Ausführungen zur Nr. K 1.

K 4 Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum 11

Die semipermanente Schienung kann angezeigt sein zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen.

Die Leistung kann angezeigt sein zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- und postchirurgischen Fixationsmaßnahmen. Das Ziel der Behandlung besteht in der Reduzierung der Bewegungsmöglichkeit von Einzelzähnen, wodurch in Kombination mit entsprechenden Therapiemaßnahmen parodontitische Prozesse ausgeheilt werden können.

Abnehmbare Dauerschienen erfüllen fachlich nicht die Kriterien einer zweckmäßigen Versorgung. Sie können daher nicht mehr abgerechnet werden. Die bisherige Nr. K 5 ist daher entfallen.

Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten

Die bisherige Abrechnungsfähigkeit von Pauschbeträgen für einen Abdruck und von Versandkosten im Zusammenhang mit dem Eingliedern von Aufbissbehelfen bleibt bestehen. Grundlage hierfür sind die regionalen Gesamtverträge zwischen den KZVen und den Verbänden der Krankenkassen, die sich für den Ersatzkassenbereich auf Bestim-

mungen im Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag stützen können. Sie bleiben auf Grund der bundesmantelvertraglichen Änderungsvereinbarung weiter geltendes Recht. Zwischen der KZBV und dem VdAK/AEV besteht eine Übereinkunft aus dem Jahre 1987 darüber, dass die Pauschbeträge für Abdruck und Versandkosten nach § 6 des Gebührentarifs E , der weiter gilt, auch bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen mittels Aufbissbehelfen anzusetzen sind.

2.4. Bema-Teil 3 „Kieferorthopädische Leistungen“

Die Bewertung kieferorthopädischer Leistungen ist auf der Grundlage arbeitswissenschaftlicher Studien abgesenkt worden.

Für die kieferorthopädischen Behandlungsfälle sieht der Bewertungsmaßstab folgende Übergangsregelung vor:

6. Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 04.06. und 05.11.2003 beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gilt vom 01.01.2004 an, soweit nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist.

- a) **Für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden und deren Behandlung noch andauert, gelten für die bis zum 30.06.2004 erbrachten Leistungen die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung weiter. Dies gilt entsprechend für Verlängerungsbehandlungen, die vor dem 01.01.2004 beantragt worden sind. Ab dem 01.07.2004 gilt für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung.**

Diese Regelung bedeutet, dass die in den Altfällen anfallenden Leistungen bis zum 30.06.2004 noch nach dem bis zum 31.12.2003 geltenden Bewertungsmaßstab abgerechnet werden. Dies gilt für alle im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung anfallenden Leistungen wie diagnostische Maßnahmen, aber auch Individualprophylaxe-Leistungen.

Die Leistungen der Quartale I und II / 2004 werden daher auf dem alten KFO-Abrechnungsfeld in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung abgerechnet. Bei der Abrechnung dieser Fälle ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „A“ zu kennzeichnen. Für Leistungen ab dem 01.07.2004 erfolgt die Abrechnung der Altfälle jedoch nach dem ab 01.01.2004 gültigen Bewertungsmaßstab auf dem neuen KFO-Abrechnungsfeld.

Für Behandlungen, für die ab dem 01.01.2004 ein KFO-Behandlungsplan oder ein Verlängerungsantrag ausgestellt wird, gilt der neue Bewertungsmaßstab. Die Neufälle sind auf dem neuen KFO-Abrechnungsfeld abzurechnen.

Die KZBV hat sich in den Beratungen im Erweiterten Bewertungsausschuss mit ihrem Antrag für eine Übergangsregelung nicht durchsetzen können. Sie hatte gefordert, dass für alle alten Behandlungsfälle bis zum Ende der Behandlung noch der alte Bewertungsmaßstab Anwendung finden sollte.

Die KZBV wird prüfen, ob die vom Erweiterten Bewertungsausschuss für die Kieferorthopädie beschlossene Übergangsregelung rechtmäßig ist oder ob sie gegen das verfassungsrechtlich begründete Rückwirkungsverbot verstößt.

Die bisherigen Leistungsbeschreibungen in der Kieferorthopädie bleiben im Wesentlichen unverändert; das gilt auch für das Bewertungssystem der Nrn. 119 und 120, an Hand dessen die verschiedenen Schwierigkeitsgrade ermittelt werden. Auch das System kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG), das Grundlage für die Feststellung ist, ob eine Behandlung zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, gilt unverändert weiter.

Auf die folgenden Änderungen weisen wir besonders hin:

- Einführung einer kieferorthopädischen Frühbehandlung (siehe Abrechnungsbestimmungen Nrn. 5 und 6 zu den Nrn. 119/120)
- Differenzierung der Leistungen zur feststehenden Therapie (siehe Nrn. 126 bis 131)
- Klarstellung der Abrechnungsfähigkeit einiger kieferorthopädischer Leistungen (z. B. Nrn. 116, 117, 118)

Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten

Die bisherige Abrechnungsfähigkeit von Pauschbeträgen für einen Abdruck und für Versandkosten im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung bleibt bestehen. Grundlage hierfür sind die regionalen Gesamtverträge zwischen den KZVen und den Verbänden der Krankenkassen, die sich für den Ersatzkassenbereich auf § 6 Gebührentarif D im Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag stützen können. Diese Bestimmung bleibt auf Grund der bundesmantelvertraglichen Änderungsvereinbarung weiter geltendes Recht.

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

Eine Leistung nach Nr. 5 ist nicht abrechnungsfähig

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

Die neue Leistungsbeschreibung stellt klar, welche Bestandteile zu dieser Leistung gehören. Es sind

- die Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzepts
- die Aufklärung des Patienten
- die Dokumentation
- die Erstellung eines Behandlungsplanes.

Der Patient hat das Recht, die Dokumentation ausgehändigt zu bekommen. Die Partner der Bundesmantelverträge werden den Inhalt der vorgesehenen Dokumentation vereinbaren. Zu gegebener Zeit erfolgt hierzu eine weitere Information.

Eine Gebühr für die Behandlungsplanung erhält der Zahnarzt nur für die Gesamtplanung vor Beginn der Behandlung. Diese Gebühr fällt nicht an, wenn

- die Verlängerung einer Behandlung beantragt wird,
- eine Therapieänderung oder Ergänzung zum ursprünglichen Behandlungsplan erforderlich wird,
- wenn die Retentionsbehandlung geplant wird.

Ausgeschlossen ist auch die Abrechnung der Behandlungsplanung (Nr. 5) bei der Beseitigung von Habits (Nr. 121), bei einzelnen Maßnahmen nach Nr. 122, bei Maßnahmen zum Offenhalten von Lücken (Nrn. 123 a und b) und beim Einschleifen (Nr. 124).

Planungen, die im Laufe der Behandlung notwendig werden, sind mit der Gebühr für die ursprüngliche Behandlungsplanung (Nr. 5) abgegolten.

116 **Fotografie** 15

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

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

Die Abrechnungsfähigkeit wird auf vier Fotografien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung beschränkt. Die bisherige Regelung, nach der darüber hinausgehende Leistungen bei der Abrechnung zu begründen sind, entfällt. Die 5. und jede weitere Fotografie ist nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

In der Abrechnungsbestimmung zur Nr. 116 wird, wie auch bei den Nrn. 117 und 118, geregelt, dass die Abrechnungsfähigkeit dieser Leistungen „im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung“ beschränkt ist. Dabei zählen auch die diagnostischen Leistungen mit, die vor Beginn der kieferorthopädisch-therapeutischen Phase erbracht werden.

117 **Modellanalyse** 35

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

Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei einer kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.

Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

Die Modellanalyse ist je Abformung nach Nr. 7 a und nicht je Methode abrechnungsfähig.

Sowohl die Modellanalyse als auch die Abformung der Nr. 7 a sind in der Abrechnungshäufigkeit begrenzt. Sie können im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu dreimal abgerechnet werden, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal. Eine Begrenzung gilt allerdings nicht bei

-
- der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien,
 - der Behandlung eines skelletal-offenen Bisses oder einer Progenie oder
 - der Behandlung verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

118 Kephalometrische Auswertung

29

Untersuchung des Gesichtsschädels, einmal je Fernröntgenseitenbild einschließlich Dokumentation

- 1. Eine Leistung nach Nr. 118 kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.**
- 2. Eine Leistung nach Nr. 118 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechnungsfähig.**

Diese Leistung ist je Fernröntgenseitenbild nach Nr. Ä 934 a abrechnungsfähig. Sowohl die Auswertung als auch das Fernröntgenseitenbild sind daher in gleicher Weise in der Abrechnungshäufigkeit begrenzt.

Sie können im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.

Bei der Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungszeit (siehe Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu Nrn. 119/120) kann die Auswertung nach Nr. 118 im Verlauf der kieferorthopädischen Frühbehandlung nur einmal abgerechnet werden. Eine Abrechnung kommt aber nur in Betracht, wenn skelletale Dysgnathien vorliegen.

119 Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention

a) einfach durchführbarer Art	132
b) mittelschwer durchführbarer Art	204
c) schwierig durchführbarer Art	276
d) besonders schwierig durchführbarer Art	336

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

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

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

5 bis 7 Punkte = a) 11 bis 15 Punkte = c)
8 bis 10 Punkte = b) 16 und mehr Punkte = d)

*)Als günstige "kippende" Bewegung gelten:
Bukkalbewegung der Seitenzähne bei der Dehnung, Protrusionsbewegung der Frontzähne und Retrusionsbewegung der Frontzähne, Mesialbewegung der Seitenzähne;
als ungünstige "kippende" Bewegung gelten:
Palatinalbewegung und Distalbewegung der Seitenzähne, Lateralbewegung von Frontzähnen, Drehung, Verlängerung und Verkürzung von Zähnen (auf direktem Wege).

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

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

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

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

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

4 bis 8 Punkte = a)	11 bis 12 Punkte = c)
9 bis 10 Punkte = b)	13 und mehr Punkte = d)

Der Leistungsinhalt dieser Positionen (Nrn. 119/120) wird nicht geändert. Das gilt auch für das Bewertungssystem zur Einstufung in die verschiedenen Schwierigkeitsgrade. Es wird davon abgesehen, die vollständigen Abrechnungsbestimmungen in diesem Rundschreiben abzudrucken. Es wird nur auf die folgenden neuen Regelungen hingewiesen.

- Frühbehandlung (Nr. 5 der Abrechnungsbestimmungen)

Bei der Frühbehandlung eines Distalbisses, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne, eines progeneren Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses oder der Behandlung zum Öffnen von Lücken kann der Zahnarzt quartalsweise Abschlagszahlungen nach den Nrn. 119 und/oder 120, für längstens sechs Kalenderquartale abrechnen. Diese Abrechnung ist besonders zu kennzeichnen. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können die restlichen Abschlagszahlungen nach Satz 1 bei Ende der Behandlung abgerechnet werden.

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

Kieferorthopädische Behandlungen sollen nicht vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) begonnen werden.

In Ausnahmefällen ist eine Behandlung vor diesem Zeitraum, aber nicht vor dem 4. Lebensjahr, im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung angezeigt. Der Bewertungsmaßstab nennt diese Behandlung Frühbehandlung.

Die Frühbehandlung hat nur verkürzte Behandlungsdauer. Sie beträgt längstens sechs Kalenderquartale. Für diese Behandlung werden sechs Abschlagszahlungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet. Wird die Frühbehandlung vor dem sechsten Kalenderquartal abgeschlossen, so können die restlichen Abschlagszahlungen bei Ende der Frühbehandlung abgerechnet werden.

Eine Frühbehandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist in folgenden Fällen angezeigt:

- bei einem Distalbiss mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5,

-
- bei einem lateralen Kreuz- oder Zwangsbiss mit dem Behandlungsbedarfsgrad K 3 oder K 4, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist,
 - bei einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne mit dem Behandlungsbedarfsgrad B 4,
 - bei einem progenen Zwangsbiss / frontalem Kreuzbiss mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5,
 - bei Maßnahmen zum Öffnen von Lücken mit dem Behandlungsbedarfsgrad P 3.

Die Frühbehandlung ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen. Dies erfolgt dadurch, dass die Nummer der jeweiligen Abschlagszahlung um den Buchstaben „F“ ergänzt wird.

- Frühe Behandlung (Nr. 6 der Abrechnungsbestimmungen)

Die frühe Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen ist nach den Nrn. 119 und/oder 120 abrechnungsfähig.

Von der oben beschriebenen Frühbehandlung wird die frühe Behandlung einer Kieferanomalie unterschieden. In diesen Fällen beginnt die kieferorthopädische Behandlung nach den Nrn. 119/120 bereits zu einem früheren Zeitpunkt mit der Konsequenz, dass ab dann Abschlagszahlungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet werden.

Voraussetzung hierfür sind besondere Kieferanomalien. Dazu gehören

- Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten oder andere kraniofaciale Anomalien,
- ein skelettal-offener Biss mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 5,
- eine Progenie mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5,
- verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen.

-
- Retentionsmaßnahmen (Nr. 10 der Abrechnungsbestimmungen)

Maßnahmen zur Retention können bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalenderquartals, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nrn. 119, 120 geleistet worden ist, abgerechnet werden, längstens bis zum Abschluss der Behandlung. Der Zahnarzt hat den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.

Die Regelung im Bema ist neu. Inhaltlich ist hiermit die gemeinsame, vor einigen Monaten getroffene Aussage der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen in den Bewertungsmaßstab aufgenommen worden. Wie bisher können Maßnahmen zur Retention bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Kalenderquartals abgerechnet werden, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nrn. 119/120 geleistet worden ist. Die Retentionszeit kann aber auch vorher enden. In diesem Fall hat der Zahnarzt schriftlich zu bestätigen, dass die Behandlung einschließlich der Retention abgeschlossen ist.

Von diesem Zeitpunkt gehen keine Leistungen mehr zu Lasten der Krankenkasse. Der Abschluss der Behandlung ist auch Anlass für die Krankenkasse, ihrem Versicherten den Eigenanteil zu erstatten.

- Behandlerwechsel (Nr. 12 der Abrechnungsbestimmungen)

Übernimmt ein Zweitbehandler die Fortführung der Behandlung nach dem ursprünglichen Behandlungsplan, so kann der Zweitbehandler die restlichen Abschlagszahlungen abrechnen.

Hat der Erstbehandler 7 oder mehr Abschlagszahlungen abgerechnet, ist der Zweitbehandler berechtigt, nach Ablauf von 12 Behandlungsquartalen sofort einen Verlängerungsantrag zu stellen.

In den Bewertungsmaßstab wird eine Regelung zum Behandlerwechsel aufgenommen. Im Ersatzkassenbereich gab es bisher Bestimmungen zum Behandlerwechsel, die in der Vergangenheit auch von den Primärkassen in der Regel praktiziert worden ist.

Die neue Abrechnungsbestimmung Nr. 12 sieht nunmehr eine verbindliche Regelung für alle gesetzlichen Krankenkassen vor. Die bisher für die Ersatzkassen geltende Regelung (Beschluss Nr. 93 der Arbeitsgemeinschaft) ist ab 01.01.2004 gegenstandslos.

Wenn eine Behandlung durch einen anderen Zahnarzt übernommen wird und der Zweitbehandler den ursprünglichen Behandlungsplan übernimmt, so rechnet der Zweitbehandler die restlichen Abschlagszahlungen ab. Hat der Erstbehandler 7 oder mehr Abschlagszahlungen abgerechnet, kann der Zweitbehandler bereits nach Ablauf von 12 Behandlungsvierteljahren sofort einen Verlängerungsantrag stellen.

Wird der ursprüngliche Behandlungsplan nicht übernommen, ist ein neuer Behandlungsplan nach Nr. 5 auszustellen.

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

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

Fehlgewohnheiten (Habits) können zu Stellungsanomalien führen. Die Beseitigung von Habits ist aber nur unter besonderen Voraussetzungen abrechnungsfähig. Nach den Richtlinien (Nr. 8) gehört das Beseitigen von Habits nur dann zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn ein habituellel Distalbiss mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5 oder ein habituell offener Biss mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 5 vorliegt.

In diesen Fällen kann die Leistung bis zu sechsmal während eines Zeitraumes von sechs Monaten abgerechnet werden. Danach ist die Abrechnung der Nr. 121 ausgeschlossen. Wie schon bisher kann für diese Leistung ein Behandlungsplan nicht abgerechnet werden. Die Abrechnung der Nrn. 119/120 ist nicht möglich.

122 Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung

Die Leistungen nach Nr. 122 a bis c entsprechen den bisherigen Leistungen Nr. 122 a, 122 c bzw. 122 d. Das Einschleifen (Nr. 122 b alt) ist zukünftig nach Nr. 124 abrechnungsfähig. Maßnahmen zur Wiederherstellung von Behandlungsmitteln werden zukünftig nach Nr. 125 abgerechnet.

123 a Kieferorthopädische Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten zum Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlusts, je Kiefer **40**

123 b Kontrolle eines Lückenhalters, je Behandlungsquartal **14**

- 1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach den Nrn. 123 a oder 123 b nicht abrechnungsfähig.**
- 2. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a sind Material- und Laboratoriumskosten abrechnungsfähig.**
- 3. Für eine Leistung nach der Nr. 123 a ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.**
- 4. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a kann ein Orthopantomogramm abgerechnet werden, wenn es nicht bereits erbracht wurde. Andere Röntgenaufnahmen sind daneben nicht abrechnungsfähig.**

Herausnehmbare Geräte zum Offenhalten von Lücken infolge Milchzahnverlusts sind nach Nr. 123 a abrechnungsfähig. In diesen Fällen können Maßnahmen auch vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels angezeigt sein. Röntgenaufnahmen sind neben dem Lückenhalter grundsätzlich nicht abrechnungsfähig. Eine Ausnahme gilt nur für das Orthopantomogramm, sofern dieses nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt angefertigt worden ist.

Wie schon bisher kann für diese Leistung kein Behandlungsplan abgerechnet werden. Die Abrechnung der Nrn. 119/120 ist nicht möglich. Für den Zeitraum, für den der Lückenhalter eingesetzt wird, ist die Kontrolle je Behandlungsquartal nach Nr. 123 b abrechnungsfähig.

124 Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss, je Sitzung 16

1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach der Nr. 124 nicht abrechnungsfähig.

2. Eine Leistung nach Nr. 124 ist bis zu zweimal abrechnungsfähig.

Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit dieser Leistung ist das Vorliegen eines Kreuz- oder Zwangsbisses. Die Nr. 124 kann nur bis zu zweimal abgerechnet werden.

Neben den Nrn. 119/120 ist die Abrechnung der Nr. 124 ausgeschlossen.

125 Maßnahmen zur Wiederherstellung von Behandlungsmitteln einschließlich Wiedereinfügen, je Kiefer 30

1. Eine Leistung nach Nr. 125 kann neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet werden, wenn ein Behandlungsmittel wiederhergestellt wird.

2. Die Wiederherstellung nach Nr. 125 bezieht sich nur auf Draht- oder Basisteile je Behandlungsgerät. Die Änderung von Behandlungsmitteln ist mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und 120 abgegolten. Die Aktivierung von Behandlungsmitteln, z. B. Nachstellen von Schrauben und Federelementen, kann nicht nach Nr. 125 abgerechnet werden.

Diese Leistung entspricht der bisherigen Nr. 122 e. Sie kann daher neben den Nrn. 119/120 abgerechnet werden, nicht jedoch wenn die Behandlungsmittel lediglich geändert oder aktiviert werden.

Multiband-Behandlung

Die Leistungen wurden entsprechend des unterschiedlichen Aufwandes differenziert. Mit den Vergütungen für Leistungen der Multiband-Behandlung sind wie bisher grundsätzlich die anfallenden Material- und Laboratoriumskosten abgegolten. Das gilt allerdings nicht für folgende Leistungen:

- Sind zur Eingliederung festsitzender Apparaturen nach Nr. 130 Maßnahmen der extraoralen Fixierung und Aktivierung erforderlich, können die Material- und Laboratoriumskosten gesondert abgerechnet werden.
- Neben Maßnahmen nach Nr. 131 können bei
 - einer Gaumennahterweiterungsapparatur (Nr. 131 a),
 - einem Herbstschanier (Nr. 131 b),
 - einer Gesichtsmaske (Nr. 131 c)Material- und Laboratoriumskosten gesondert abgerechnet werden.

Zukünftig sind folgende Leistungen vorgesehen:

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

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

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

In der Leistungsbeschreibung wird die Abrechnungsfähigkeit eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers geklärt. Für diesen Retainer können bis zu sechsmal die Nr. 126 a (Bracket) und einmal die Nr. 127 a (Teilbogen) abgerechnet werden. Die Wiedereingliederung eines Retainers ist nicht abrechnungsfähig. Das gilt auch für den Ersatz eines Retainers. Für das Ausgliedern des Retainers kann die Nr. 127 b nicht abgerechnet werden. Die Nr. 126 d (Entfernung eines Bandes, eines Brackets) ist bezüglich eines Retainers nur ab-

rechnungsfähig, wenn die Leistung innerhalb der vertraglich festgelegten Retentionszeit (siehe Abrechnungsbestimmung Nr. 10 der Nrn. 119/120) anfällt.

Hierbei handelt es sich um eine Ausnahmeregelung für den festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainer. Grundsätzlich sind Retentionsmaßnahmen mit den Gebühren nach den Nrn. 119/120 abgegolten. Dies gilt allerdings nicht für den festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainer.

126 b Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laboratoriumskosten 42

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

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

Die Regel, dass ein Band oder ein Bracket an einem Zahn im Laufe einer Behandlung nur einmal befestigt werden soll, bleibt bestehen.

126 c Wiedereingliederung eines Bandes 30

Diese Leistung ist eine Reparaturleistung; sie kann nicht abgerechnet werden, wenn ein Band ausgegliedert wurde und danach unverändert eingegliedert wird.

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

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

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

127 a Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten 25

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

127 b Ausgliederung eines Teilbogens 7

128 a	Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	32
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
128 b	Eingliederung eines individualisierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	40
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, das Biegen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren. Zum Leistungsinhalt eines individualisierten Bogens gehören mindestens drei Biegungen 2. Ordnung oder eine Biegung 3. Ordnung.	
	In die Leistungsbeschreibung ist die Definition des individualisierten Bogens aufgenommen worden. Bögen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können nicht nach Nr. 128 b abgerechnet werden.	
	Ein individualisierter Bogen setzt mindestens drei Biegungen 2.Ordnung oder eine Biegung 3. Ordnung voraus.	
128c	Ausgliederung von Vollbögen, je Bogen	9
	Nach Nr.128c ist auch die Ausgliederung von Apparaturen nach Nr. 130 zweimal abrechnungsfähig.	
	Hierunter ist die Ausgliederung der Vollbögen nach den Nr. 128a und b, aber auch die Ausgliederung festsitzender Apparaturen nach Nr. 130 abrechnungsfähig.	
129	Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens	24
	Diese Leistung ist eine Reparaturleistung; sie kann nicht abgerechnet werden, wenn ein Bogen ausgegliedert wurde und danach unverändert eingegliedert wird.	

-
- 130** **Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumber, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten** **72**

Die Ankerbänder gehören nicht zum Leistungsinhalt der Nr. 130, sie sind nach Nr. 126 b zweimal abrechnungsfähig. Material- und Laboratoriumskosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können gesondert abgerechnet werden.

Die Aufzählung der abrechnungsfähigen Apparaturen ist abschließend

- Palatinal- oder Transversalbogen
- Quadhelix
- Lingualbogen
- Lipbumber
- Headgear über je zwei Ankerbänder.

Andere Apparaturen sind im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht abrechnungsfähig. Die Ankerbänder gehören nicht zum Leistungsinhalt der Nr. 130, sie sind nach Nr. 126 b abrechnungsfähig. Material- und Laborkosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können gesondert abgerechnet werden.

- 131 a** **Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur** **50**

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

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

Das Herbstscharnier, eine festsitzende Apparatur zur Bisslagekorrektur, gehört nur bei spätem Behandlungsbeginn zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und wenn die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann.

- 131 c** **Eingliederung einer Gesichtsmaske** **50**

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

2.5 Bema-Teil 4 „Systematische Behandlung von Parodontopathien“

Für die parodontologischen Behandlungsfälle sieht der Bewertungsmaßstab folgende Übergangsregelung vor:

6. **Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 04.06. und 05.11.2003 beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gilt vom 01.01.2004 an, soweit nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist.**
 - b) **Für parodontologische Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein Parodontalstatus ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, sofern die Parodontalbehandlung bis zum 30.06.2004 abgeschlossen wird.**

Die Beschreibungen und Bewertungen zahnärztlicher Leistungen aus Bema-Teil 4 gelten ab dem 01.01.2004 für alle Leistungen, die auf Grund eines Par-Status erbracht werden, der ab dem 01.01.2004 ausgestellt worden ist.

Für parodontologische Leistungen, die auf Grund eines Par-Status erbracht werden, der vor dem 01.01.2004 ausgestellt, und bis zum 31.01.2004 genehmigt werden, gilt der alte Bema weiter, wenn die Behandlung bis zum 30.06.2004 abgeschlossen wird.

Leistungen aus diesem Teil sind nur abrechnungsfähig, wenn bei der Erhebung des PSI-Code ein Code von 3 oder 4 festgestellt worden ist. Da die Erhebung eines PSI-Code aber nur einmal in zwei Jahren abgerechnet werden kann, war es erforderlich klarzustellen, dass eine Parodontalbehandlung auch dann erfolgen kann, wenn bei einer Untersuchung, bei der die Erhebung eines PSI-Code nicht abrechnungsfähig ist, festgestellt wird, dass Sondiertiefen von 3,5 mm und mehr vorliegen. Auch in diesem Fall besteht die Notwendigkeit, an den betreffenden Zähnen parodontologische Maßnahmen durchzuführen.

In die einleitenden Sätzen zum Bema-Teil 4 wurde daher Folgendes aufgenommen:

Die Leistungen aus Bema-Teil 4 sind nur abrechnungsfähig, wenn ein PSI-Code von 3 oder 4 oder eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr festgestellt worden ist.

4 Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplans bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums 39

Die Worte „auf Anforderung oder Wunsch“ in der Leistungsbeschreibung des Par-Status sind gestrichen worden. Sie waren entbehrlich, da in vertraglichen Regelungen festgelegt ist, dass ein Par-Status vor jeder systematischen Par-Behandlung erstellt werden muss. Der alte Vordruck "Par-Status" wird durch einen neuen Vordruck ersetzt. (Siehe Ausführungen in Abschnitt 4.4.1, Seite 115f)

P 200 bis P 203 Systematische Behandlung von Parodontopathien

Die bisherige Komplexleistung Nr. P 200 ist aufgeteilt worden in vier verschiedene Leistungen. Unterschieden wird nunmehr einerseits zwischen dem geschlossenen und offenen Vorgehen und andererseits zwischen der Behandlung an einwurzeligen und mehrwurzeligen Zähnen.

Das Verhältnis des geschlossenen zum offenen Vorgehen wird in den Allgemeinen Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen geregelt (Abschnitt B V. Nr. 5). Die systematische Parodontitistherapie beginnt nach Durchführung der Anamnese und der Diagnostik mit dem geschlossenen Vorgehen (Supra- und subgingivales Debridement). Voraussetzung hierfür sind Zahnfleischtaschen mit einer Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr.

Bei einer Sondiertiefe von mehr als 5,5 mm kann sich an das geschlossene Vorgehen das offene Vorgehen anschließen, wenn auf andere Weise die vorhandenen Beläge nicht entfernt werden können. Im Frontzahnbereich ist ein besonders strenger Indikationsmaßstab anzulegen.

In Ausnahmefällen kann das offene Vorgehen auch ohne vorheriges geschlossenes Vorgehen erfolgen.

Bei der Entscheidung, welche Maßnahmen durchzuführen sind, ist stets die Mitwirkung des Patienten im Einzelfall zu berücksichtigen.

Bei der Feststellung, ob ein Zahn ein- oder mehrwurzig ist, ist nicht die individuelle Befundsituation maßgebend, sondern die Darstellung des Zahnbefundes

auf dem Parodontalstatus (Blatt 2). Als einwurzelige Zähne gelten daher alle Frontzähne, im Oberkiefer Zahn 5, im Unterkiefer die Zähne 4 und 5. Als mehrwurzelige Zähne gelten alle Molaren und im Oberkiefer Zahn 4.

- P 200 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn 14**
- P 201 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn 26**

Die Leistungen nach den Nrn. P 200 und P 201 umfassen Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien. Mit Leistungen nach den Nrn. P 200 und P 201 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten.

Die Gingivektomie oder Gingivoplastik ist nach Nr. P 200 oder P 201 abrechnungsfähig.

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

Die Leistungsbeschreibungen beinhalten das geschlossene Vorgehen im Sinne eines supra- und subgingivalen Debridement, wobei alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen Beläge entfernt werden. Die medikamentöse Behandlung von Mundschleimhaut (Nr. 105) und das Entfernen harter Zahnbeläge (Nr. 107) sind während und unmittelbar nach (bisher: im Zusammenhang mit) der systematischen Par-Behandlung nicht abrechnungsfähig, sondern mit den Nrn. P 200 und P 201 abgegolten. Damit wird das Verhältnis der Abrechenbarkeit der Nrn. P 200 und P 201 zu den Nrn. 105 und 107 präzisiert.

In der Regel ist im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung nach Maßgabe der Richtlinien zunächst das geschlossene Vorgehen (Nrn. P 200 oder P 201) angezeigt. Nach der Durchführung des Debridement ist zu prüfen, ob eine offene chirurgische Therapie erforderlich ist. In Ausnahmefällen kann auch sofort eine chirurgische Parodontaltherapie (Nrn. P 202 oder P 203) angezeigt sein. Das hängt von der festgestellten Diagnose und der Mitwirkung des Patienten ab.

Auf der Grundlage der festgestellten Befunde ist es bei einer Sondiertiefe von mehr als 5,5 mm möglich, dass zunächst das geschlossene Vorgehen und danach das offene Vorgehen erfolgt. Dieses kombinierte Vorgehen kann auch in den Parodontalstatus aufgenommen werden, wenn bei der Planung erkennbar ist, dass beide Maßnahmen erforderlich sein werden.

Die Leistungen nach den Nrn. P 200 und P 201 sind je behandeltem Zahn abrechnungsfähig, unabhängig davon, in wievielen Sitzungen die Behandlung erfolgt ist.

Sofern eine Gingivektomie oder Gingivoplastik erforderlich ist, erfolgt die Abrechnung nach den Nrn. P 200 oder P 201. Die Abrechnung der Nrn. P 202 oder P 203 ist für diese Maßnahmen ausgeschlossen.

P 202	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	22
P 203	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	34

Die Leistungen nach den Nrn. P 202 und P 203 setzen chirurgische Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien voraus. Diese umfassen die Lappenoperation (einschl. Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement. Mit Leistungen nach den Nrn. P 202 oder P 203 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten.

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

Die Leistungsbeschreibungen beinhalten das offene Vorgehen. Die Leistungen umfassen chirurgische Maßnahmen (Lappenoperation einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement. Die medikamentöse Behandlung von Mundschleimhauterkrankungen (Nr. 105) und das Entfernen harter Zahnbeläge (Nr. 107) sind während und unmittelbar nach (bisher: im Zusammenhang mit) der systematischen Par- Behandlung nicht abrechnungsfähig, sondern mit den Nrn. P 202 und P 203 abgegolten. Damit wird das Verhältnis der Abrechenbarkeit der Nrn. P 202 und P 203 zu den Nrn. 105 und 107 präzisiert.

In der Regel ist im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung nach Maßgabe der Richtlinien zunächst das geschlossene Vorgehen (Nrn. P 200 oder P 201) angezeigt. Nach der Durchführung des Debridement ist zu prüfen, ob eine offene chirurgische Therapie erforderlich ist. In Ausnahmefällen kann auch sofort eine chirurgische Parodontaltherapie (Nrn. P 202 oder P 203) angezeigt sein. des Patienten.

Auf der Grundlage der festgestellten Befunde ist es bei einer Sondiertiefe von mehr als 5,5 mm möglich, dass zunächst das geschlossene Vorgehen und danach das offene Vorgehen erfolgt. Dieses kombinierte Vorgehen kann auch in den Parodontalstatus aufgenommen werden, wenn bei der Planung erkennbar ist, dass beide Maßnahmen erforderlich sein werden.

Die Leistungen nach den Nrn. P 202 und P 203 sind je behandeltem Zahn abrechnungsfähig, unabhängig davon, in wievielen Sitzungen die Behandlung erfolgt ist.

Eine Gingivektomie oder eine Gingivoplastik kann nicht nach den Nrn. P 202 oder P 203 abgerechnet werden.

Die bisherigen Leistungen Nrn. P 201 (Munddusche), P 202 (Aufbissschiene) und 112 a/b (Fixieren der Zähne) sind entfallen. Die Munddusche kann im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht mehr erbracht und abgerechnet werden. Für Aufbissschienen bei der Parodontalbehandlung ist zukünftig ein Behandlungsplan nach Bema-Nr. 2 aufzustellen. Sie können nicht über den Parodontalstatus abgerechnet werden. Sie werden zukünftig nach der Nr. K 1 (Bema-Teil 2) über den Vordruck „Abrechnungsf formular für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ abgerechnet.

Nicht adjustierte Aufbissschienen können nicht mehr bei der Parodontalbehandlung abgerechnet werden.

Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten

Kosten für Material und zahntechnische Laboratorien können bei der Parodontalbehandlung nicht mehr abgerechnet werden. Soweit Aufbissbehelfe in diesem Zusammenhang eingegliedert werden, sind sie nach Bema-Teil 2 abzurechnen. Das gilt auch für die dabei anfallenden Material- und Laboratoriumskosten.

2.6 Bema-Teil 5 „Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen“

2.6.1 Zahnärztliche Leistungen

Für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sieht der Bewertungsmaßstab folgende Übergangsregelung vor:

6. Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 04.06. und 05.11.2003 beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gilt vom 01.01.2004 an, soweit nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist.

- c) Für alle prothetischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 Heil- und Kostenpläne ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12. 2003 gültigen Fassung, sofern die Zahnersatzversorgungen bis zum 31.07.2004 eingegliedert werden.

Die Beschreibungen und Bewertungen zahnärztlicher Leistungen aus Bema-Teil 5 gelten ab dem 01.01.2004 für alle Leistungen, die auf Grund eines Heil- und Kostenplanes erbracht werden, der ab 01.01.2004 ausgestellt worden ist.

Für zahnärztliche Leistungen, die auf Grund eines Heil- und Kostenplanes erbracht werden, der vor dem 01.01.2004 ausgestellt worden ist, gilt der alte Bema weiter, auch wenn die Leistungen im Jahre 2004 durchgeführt werden. Der Zahnersatz muss in diesen Fällen bis zum 31.07.2004 eingegliedert werden.

- 18 Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal,**
- | | |
|--|-----------|
| a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig | 50 |
| b) durch einen gegossenen Stiftaufbau, zweizeitig | 80 |
1. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur einmal je Zahn abgerechnet werden.

-
- 2. Neben einer Leistung nach der Nr. 18 a können Leistungen nach den Nrn. 13 a oder b und 13 e oder f für das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone abgerechnet werden.**
 - 3. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur in Verbindung mit Leistungen nach den Nrn. 20 und 91 abgerechnet werden. Ausnahmen sind zu begründen.**
 - 4. Eine Leistung nach Nr. 18 kann, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, abgerechnet werden, auch wenn sie im Heil- und Kostenplan in der Gebührenvorausberechnung nicht angegeben war.**

Die Leistungen können grundsätzlich nur in Verbindung mit Einzelkronen oder Brückenankern abgerechnet werden. Ausnahmen sind nur möglich, wenn eine vorgesehene Versorgung nicht vollendet werden konnte. In Verbindung mit Füllungen, die nicht dem Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone dienen, können Leistungen nach Nr. 18 nicht abgerechnet werden.

- Konfektionierter Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig

Der konfektionierte Stift- oder Schraubenaufbau ist bisher in der Leistungsbeschreibung der Nr. 18 nicht genannt. Gleichwohl ist der konfektionierte Aufbau bisher nach der Nr. 18 abgerechnet worden. Mit der Änderung des Bema wird nunmehr der konfektionierte Aufbau in die Leistungsbeschreibung der Nr. 18 a aufgenommen. Mit dem Begriff „einzeitig“ wird verdeutlicht, dass im Gegensatz zum gegossenen Stiftaufbau ein Behandlungsschritt zur Erfüllung des Leistungsinhalts ausreicht.

Neben der Leistung nach Nr. 18 a können zukünftig Füllungsleistungen nach den Nrn. 13 a oder b und 13 e oder f, nicht jedoch die Nrn. 13 c, d und g abgerechnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Zahnstumpf bei einem konfektionierten Aufbau unter Verwendung von plastischem Material aufgebaut und entsprechend der Zahnform gestaltet wird. Als plastisches Material kommt dabei nur Kunststoff, nicht aber Amalgam in Betracht. Das bedeutet, dass Aufbauten im Frontzahnbereich nach den Nrn. 13 a oder b abgerechnet werden. Bei Aufbauten im Seitenzahnbereich sind grundsätzlich auch die Nrn. 13 a oder b abrechnungsfähig. Nach der beschlossenen Fassung sind jedoch bei Vorliegen einer Kontraindikation gegen Amalgam Aufbauten nach den Nrn. 13 e oder f abrechnungsfähig. Diese Regelung ist

nur schwer nachvollziehbar, weil der Leistungsinhalt beim Kunststoffaufbau unabhängig vom Vorliegen einer Kontraindikation gegen Amalgam ist.

- Gegossener Stiftaufbau, zweizeitig

Beim gegossenen Stiftaufbau nach Nr. 18 b wird unterschieden zwischen der direkten und der indirekten Methode. In einem ersten Schritt erfolgt die Vorbereitung zur Herstellung eines gegossenen Aufbaus. Nach Einschaltung eines zahntechnischen Labors erfolgt die Eingliederung des Aufbaus. Dieses schrittweise Vorgehen wird als zweizeitig bezeichnet

19 Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied 19

- 1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden.**
- 2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht abrechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste.**
- 3. Für die provisorische Versorgung nach den Nrn. 19 und 21 ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.**
- 4. Provisorische Versorgungen in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind nach der Nr. 19 abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 19 i zu kennzeichnen.**

Die abnehmbare Hülse (Nr. 19 a alt) ist nicht mehr Bestandteil des Bema, weil konfektionierte Hülsen nicht mehr als zweckmäßig angesehen werden.

Der Leistungsinhalt der Nr. 19 deckt sich mit der bisherigen Nr. 19 b. Zusätzlich wurde allerdings klargestellt, dass für die provisorische Versorgung grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend ist. Ein im zahntechnischem Labor hergestelltes Provisorium gehört daher grundsätzlich nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

21 Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone mit Stiftverankerung 28

- 1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden.**
- 2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht berechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste.**
- 3. Für die provisorische Versorgung nach den Nrn. 19 und 21 ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.**

Der Leistungsinhalt der Nr. 21 wurde nicht geändert.

Zusätzlich wurde allerdings klargestellt, dass für die provisorische Versorgung grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend ist. Ein im zahntechnischem Labor hergestelltes Provisorium gehört daher grundsätzlich nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

20 Versorgung eines Einzelzahnes durch

- | | |
|---|------------|
| a) eine metallische Vollkrone | 148 |
| b) eine vestibulär verblendete Verblendkrone | 158 |
| c) eine metallische Teilkrone | 187 |

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

- 1. Einzelkronen als Schutz- und Stützkronen sind nach Nr. 20 abzurechnen.**
- 2. Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 SGB V analog nach Nr. 20 a/20 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung mit i zu kennzeichnen.**
- 3. Die Präparation einer Teilkrone erfordert die Überkuppelung aller Höcker eines Zahnes. Die Präparation einer Teilkrone ist überwiegend supragingival und bedeckt die gesamte Kaufläche und somit sämtliche Höcker.**

Auf der Grundlage der Zahnersatz-Richtlinien (Nr. 24) wurden die Kronen definiert, die zukünftig zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören. Die bisherige Unterscheidung nach der Art der Präparation wird aufgegeben. Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind zukünftig die metallischen Voll- und Teilkronen sowie die vestibulär verblendeten Verblendkronen. Nicht metallische Kronen gehen über die vertragszahnärztliche Versorgung hinaus. Die gilt auch für die Mantelkrone (Vollkrone ohne Kronengerüst aus Metall), die bisher nach Nr. 20 c abrechnungsfähig war.

Die Grenze der vertragszahnärztlichen Versorgung bei Verblendkronen wird im Einzelnen in Nr. 23 der Zahnersatz-Richtlinien geregelt. Danach reicht die Verblendung im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5 und im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Nur vestibuläre Verblendungen gehören zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Dabei wird klargestellt, dass die vestibuläre Verblendung im Bereich der Zähne 1 bis 3 auch die Schneidekanten umfasst. Verblendungen, die hierüber hinausgehen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Wählen Versicherte Kronen, die über diese Grenze hinausgehen, so haben sie einen Leistungsanspruch nach § 30 Abs. 1 und 2 SGB V bezogen auf die im Einzelfall wirtschaftliche und notwendige Behandlung. Die Mehrkosten der zusätzlichen Leistungen haben die Versicherten selbst zu tragen (§ 30 Abs. 3 SGB V, Nummer 6 der Zahnersatz-Richtlinien).

Die bisherige Protokollnotiz zu den Verblendgrenzen in den alten Zahnersatz-Richtlinien ist entfallen. Das bedeutet, dass bei der Verblendung an Zahn 5 im Unterkiefer die Mehrkostenregelung zukünftig ohne Einschränkung Anwendung findet.

Die metallische Teilkrone ist in der Leistungsbeschreibung als eine Krone definiert, bei der alle Höcker eines Zahnes überkuppelt werden. Die Präparation einer Teilkrone ist überwiegend supragingival und hat die gesamte Kaufläche und somit sämtliche Höcker zu bedecken. Nicht metallische Teilkronen gehen über die vertragszahnärztliche Versorgung hinaus.

24	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen	
	a) Wiedereinsetzen einer Krone oder dergleichen	25
	b) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	43
	c) Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach der Nr. 19 oder 21	7

1. Eine Leistung nach 24 c kann höchstens dreimal je Krone abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan kann sie in der Gebühreenvorausberechnung nicht angesetzt werden.

2. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Nrn. 24 a, 24 b und 24 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 24 a i, 24 b i und Nr. 24 c i zu kennzeichnen.

Die bisherigen Unklarheiten bei der Abrechnung des Wiedereinsetzens einer Facette wurden beseitigt. Nr. 24 a gilt nur noch für das Wiedereinsetzen einer Krone. Das Wiedereinsetzen einer Facette wird zukünftig - unabhängig von der Methode der Erneuerung – nach Nr. 24 b abgerechnet.

Sowohl die Erneuerung als auch das Wiedereinsetzen einer Facette oder einer Verblendschale kann unabhängig davon, ob die Maßnahme im oder außerhalb des Mundes erfolgt, nach Nr. 24 b abgerechnet werden.

Die Leistung nach Nr. 24 b ist auf die Zähne bis zur Verblendgrenze nach Nr. 24 der Zahnersatz-Richtlinien beschränkt. Erneuerungen oder Wiedereinsetzen einer Facette oder Verblendschale an einem Zahn außerhalb der Verblendgrenze, gehen über die vertragszahnärztliche Versorgung hinaus.

Bissführungsplatte

Für Bissführungsplatten bei der Versorgung mit Zahnersatz (bisher Nr. 90) ist zukünftig ein Behandlungsplan nach Bema-Nr. 2 aufzustellen. Sie können nicht im Heil- und Kostenplan eingetragen werden. Sie sind nach Nr. K 1 (Bema-Teil 2) auf dem Vordruck „Abrechnungsf formular für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ abzurechnen.

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

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

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

Die Wurzelstiftkappe wird zukünftig nicht mehr nach Nr. 91 a abgerechnet. Mit der Nr. 90 wurde eine besondere Leistungsposition geschaffen, die die Wurzelstiftkappe und den Kugelknopfanker als Verbindungselement umfasst. Diese Leistung kann nur im Zusammenhang mit einer Cover-Denture-Prothese bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht werden.

Bei der Abrechnung der Dentallegierungskosten zählt die Wurzelstiftkappe als eine Abrechnungseinheit wie eine Krone.

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

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

2. Gegossene Einlagefüllungen als Brückenanker sind nicht abrechnungsfähig.

3. Für die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskrone ist bei Neuanfertigung oder Wiederherstellung einer Prothese oder abnehmbaren Brücke die halbe Gebühr für die Nr. 91 d abzurechnen.

Die Unterscheidung nach der Art der Präparation wird aufgegeben.

Auf der Grundlage der Zahnersatz-Richtlinien (Nrn. 24, 30) wurden die Brückenanker definiert, die zukünftig zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören. Das sind die metallischen Voll- und Teilkronen sowie der vestibulär verblendeten Verblendkronen. Nicht metallische Brückenanker gehen über die vertragszahnärztliche Versorgung hinaus. Das gilt auch für Verblendkronen, die über eine vestibuläre Verblendung hinausgehen.

Die Grenze der vertragszahnärztlichen Versorgung bei Brücken wird im Einzelnen in Nrn. 23, 30, der Zahnersatz-Richtlinien geregelt. Danach reicht die Verblendung im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5 und im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Nur vestibuläre Verblendungen gehören zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Dabei wird klargestellt, dass die vestibuläre Verblendung im Bereich der Zähne 1 bis 3 auch die Schneidekanten umfasst. Verblendungen, die hierüber hinausgehen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Wählen Versicherte Brücken, die über diese Grenze hinausgehen, so haben sie einen Leistungsanspruch nach § 30 Abs. 1 und 2 SGB V bezogen auf die im Einzelfall wirtschaftliche und notwendige Behandlung. Die Mehrkosten der zusätzlichen Leistungen haben die Versicherten selbst zu tragen (§ 30 Abs. 3 SGB V, Nummer 6 der Zahnersatz-Richtlinien).

Die bisherige Protokollnotiz zu den Verblendgrenzen in den alten Zahnersatz-Richtlinien ist entfallen. Das bedeutet, dass bei der Verblendung an Zahn 5 im Unterkiefer die Mehrkostenregelung zukünftig ohne Einschränkung Anwendung findet.

Sofern bei der Eingliederung einer Brücke mehrere Brückenanker im Verbund angezeigt sind, werden nur die an die Lücke angrenzenden Anker nach Nr. 91 abgerechnet. Die weiteren Anker, die nicht an die Lücke angrenzen werden nach Nr. 20 abgerechnet, auch wenn sie mit den angrenzenden Brückenankern verbunden sind.

Die neue Leistungsbeschreibung stellt klar, dass Teleskopkronen nur in Verbindung mit herausnehmbaren Prothesen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind. In anderen Fällen gehören Teleskopversorgungen nicht zur

vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Eingrenzung der Leistungsansprüche des Versicherten wird auch deutlich durch die neue Nr. 91 e. Die Verwendung eines Geschiebes gehört nur noch dann zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn sie bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern erforderlich sind.

Gegossene Einlagefüllungen als Brückenanker können nicht mehr im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung abgerechnet werden.

Die bisherige Regelung für die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskronen gilt weiter. In der Abrechnungsbestimmung Nr. 3 heißt es, dass eine Gebühr für die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskronen auch bei der Neuanfertigung einer „abnehmbaren Brücke“ abgerechnet werden kann. Die Leistungsbeschreibung zur Nr. 91 beschränkt die Verwendung von Teleskopkronen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung jedoch auf herausnehmbare Prothesen. Das bedeutet, dass die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskronen im Zusammenhang mit abnehmbaren Brücken trotz des Wortlauts der Abrechnungsbestimmung Nr. 3 nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört.

92 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke je Spanne 62

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

Die Brückenversorgung wird zukünftig je Spanne abgerechnet. Die Vergütung ist unabhängig von der Zahl der Brückenglieder.

Die Leistungspflicht der Krankenkassen ist bei großen Brücken gemäß § 30 Abs. 1 SGB V auf den Ersatz von vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände begrenzt. Die bisherige Regelung in den Zahnersatz-Richtlinien, wonach mehrere Brücken je Kiefer zulässig sind, wobei die Gesamtzahl vier übersteigen darf, ist verändert worden. Nunmehr sind mehrere Einzelbrücken je Kiefer nur noch dann im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zulässig, sofern sie medizinisch indiziert sind und wenn

keine wirtschaftlichere, das gleiche Therapieziel erreichende Versorgung möglich ist.

Freiendbrücken können unter zahnmedizinischen Gesichtspunkten problematisch sein. Die Indikation für Freiendbrücken im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung wurde daher begrenzt auf den Ersatz eines mesial fehlenden Prämolaren. Andere Freiendbrücken sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

93 Adhäsivbrücke mit Metallgerüst im Frontzahnbereich einschließlich der Präparation von Retentionen an den Pfeilerzähnen, Abformung, Farbbestimmung, Bissnahme, Einprobe und Befestigung in Säure-Ätz-Technik, Kontrolle und ggf. Korrekturen der Okklusion und Artikulation **335**

Adhäsivbrücken mit Metallgerüst können nur abgerechnet werden bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren.

Adhäsivbrücken werden in den Bema aufgenommen, allerdings nur unter eng begrenzten Voraussetzungen:

- Sie müssen mit einem Metallgerüst versehen sein.
- Sie sind auf den Frontzahnbereich begrenzt.
- Sie dürfen nur bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren eingegliedert werden.
- Die Pfeilerzähne sollen karies- und füllungsfrei sein.
- Die Brückenspanne soll grundsätzlich nur einen Zahn umfassen.

Kombinationsversorgungen

Für Kombinationsversorgungen, bei denen herausnehmbarer und festsitzender Zahnersatz miteinander verbunden sind, sind die Voraussetzungen in den Zahnersatz-Richtlinien beschrieben, unter denen diese Versorgungen nach dem Gebot des Ausreichenden, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht werden können.

Nur folgende Verbindungselemente gehören zukünftig zur vertragszahnärztlichen Versorgung:

- Teleskop- und Konuskrone,
- Geschiebe bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern
Sind unter diesen Voraussetzungen Geschiebe angezeigt, so können diese nach Nr. 91 e zusätzlich zu den Gebühren nach den Nrn. 91 a bis c abgerechnet werden.
- Kugelknopfanker bei einer Wurzelstiftkappe,
sofern hierdurch gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstigere Retention erreicht werden kann (siehe Nrn. 39 und 40 Zahnersatz-Richtlinien).

Andere Verbindungselemente gehen über die vertragszahnärztliche Versorgung hinaus. Sie können über Mehrkostenvereinbarungen erbracht werden, sofern Versicherte diese Form der Versorgung wählen.

93 (alt) Verbindungsvorrichtungen

Die bisherige Leistung nach Nr. 93 für Verbindungsvorrichtungen ist entfallen. Verbindungsvorrichtungen sind in verschiedenen Leistungspositionen geregelt, und zwar in den Nrn. 90 (Versorgung eines Zahnes durch eine Wurzelstiftkappe mit Verankerung im Wurzelkanal mit Kugelknopfanker), 91 d (Teleskop-/Konuskrone) und 91 e (Verwendung eines Geschiebes bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern). Stege einschließlich Stegverbindungsvorrichtungen (bisher Nr. 93/1) sowie Schrauben (bisher Nr. 93/2) und Riegel (bisher Nr. 93/3) gehören nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Versorgungen mit derartigen ausgegrenzten Verbindungselementen können auf Grund von privaten Vereinbarungen, ggf. Mehrkostenvereinbarungen erbracht werden.

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

- **Präparation eines Ankerzahnes nach den Nrn. 90 und 91 (Brückenpfeilers):** Halbe Bew.-Zahl nach den Nrn. 90 und 91
- **Präparation eines Ankerzahnes (Brückenpfeilers) mit darüber hinausgehenden Maßnahmen:** Dreiviertel der Bew.-zahl nach den Nrn. 90 und 91
- **Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt:** Dreiviertel der Bew.-zahl nach Nr. 92

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

Die Teilleistungsregelung nach der Nr. 94 a entspricht inhaltlich der bisherigen Regelung der Nr. 93 a; Sie wurde nur redaktionell den geänderten Leistungen der Nrn. 90 (Wurzelstiftkappe) und 91 (Brückenanker) angepasst.

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

Präparation der Brückenpfeiler:

Halbe Bew.-Zahl nach der Nr. 93

Präparation der Brückenpfeiler mit darüber hinaus gehenden Maßnahmen:

Dreiviertel der Bew. Zahl nach der Nr. 93

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

Für den Fall, dass Adhäsivbrücken nicht zum Abschluss gebracht werden können, ist die Abrechnung von Teilleistungen vorgesehen. Bei nicht vollendeten Adhäsivbrücken kann nach Präparation der Brückenpfeiler die halbe Bewertungszahl nach Nr. 93 abgerechnet werden. Fallen über die Präparation hinaus weitere Maßnahmen an, kann Dreiviertel der Bewertungszahl nach Nr. 93 abgerechnet werden.

95 Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken und provisorischen Brücken

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

Eine Leistung nach der Nr. 95 d kann höchstens dreimal je Brücke abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan kann sie in der Gebührens-vorausberechnung nicht angesetzt werden.

Wie bei der Leistung nach Nr. 24 b kann die Erneuerung oder das Wiedereinsetzen einer Facette oder Verblendschale nach Nr. 95 c abgerechnet werden, und zwar unabhängig davon, ob die Maßnahmen im oder außerhalb des Mundes erfolgen.

Die bisherige Regelung, nach der die Abnahme und Wiederbefestigung von provisorischen Brücken nach Nr. 24 c je Anker abgerechnet werden konnte, ist entfallen und durch die Leistung Nr. 95 d ersetzt worden.

Für das Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke kann unabhängig von der Zahl der Brückenanker und -glieder die Nr. 95 d abgerechnet werden. Diese Leistung ist höchstens dreimal abrechnungsfähig.

96 Teilprothese

Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschl. einfacher Haltevorrichtungen

- | | |
|---|-----|
| a) zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen | 57 |
| b) zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen | 83 |
| c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen | 115 |

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

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

Diese Leistungsbeschreibung wurde redaktionell neu gefasst.

97 a Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Oberkiefer 250

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

Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 97 a) und 97 b) abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 97 a i und 97 b i zu kennzeichnen.

und Gebissbefund des Patienten vorgenommen. Die Leistungsbeschreibung wurde verständlicher formuliert.

98 d Intraorale Stützstiftregistrierung zur Feststellung der Zentrallage 23

- 1. Eine Leistung nach der Nr. 98 d ist nur neben der Nr. 97 (Totalprothese, Cover-Denture-Prothese) abrechnungsfähig, auch auf implantatgestützten Totalprothesen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unterkiefer zu Oberkiefer mit einfacheren Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.**
- 2. Material- und Laboratoriumskosten sind gesondert abrechnungsfähig.**
- 3. Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist die Nr. 98 d abrechenbar und bei der Abrechnung als Nr. 98 d i zu kennzeichnen.**

Die Abrechnung dieser Leistung wird auf Totalprothesen und Cover-Denture-Prothesen nach Nr. 97 begrenzt. Sie ist auch abrechnungsfähig auf implantatgestützten Totalprothesen. Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass die Lagebeziehung von Unterkiefer zu Oberkiefer mit einfacheren Methoden (Hand-Bissnahme) nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

Die bisherige Abrechnungsbestimmung, wonach mit der Nr. 98 d die zusätzlichen Kosten für Registrierbehelfe und ihre Montage abgegolten sind, ist entfallen. Material- und Laborkosten sind nunmehr gesondert abrechnungsfähig, und zwar die BEL II - Nr. 0214 (Basis für Stützstiftregistrierung), die BEL II - Nr. 0230 (Registrierplatte und -stift auf Basen) sowie die Kosten für die konfektionierten Teile und die Systemteile.

98 e Verwendung einer Metallbasis in besonderen Ausnahmefällen, zu den Bewertungszahlen nach den Nrn. 97 a oder b zusätzlich 16

Eine Leistung nach der Nr. 98 e ist nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen) abrechnungsfähig Sie ist nicht abrechnungsfähig für Verstärkungs- und Beschwerungseinlagen (z. B. aus Silber-Zinn).

Die Verwendung einer Metallbasis bei Totalprothesen und Cover-Denture-Prothesen nach Nr. 97 ist zukünftig nur noch in begründeten Ausnahmefällen abrechnungsfähig. Dazu gehören z. B. ein Torus palatinus und Exostosen.

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

zusätzlich je Prothese, nur abrechnungsfähig bei Interimsversorgung

Die Verwendung von einarmigen Klammern ist in der Regel nicht indiziert. Die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98 f ist mit der Gebühr nach Nr. 98 g abgegolten.

Die bisherige Leistungsbeschreibung bleibt in ihrem wesentlichen Inhalt erhalten. Es wird klargestellt, dass die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98 f nur bei einer Interimsversorgung abrechnungsfähig ist. Einfache Klammern sind dabei in der Regel nicht indiziert und können nur in Ausnahmefällen, etwa im Rahmen von Wiederherstellungsmaßnahmen verwendet werden.

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

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

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

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

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

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

1. Für das Reinigen, Säubern und Polieren von Prothesen können den Krankenkassen keine Kosten berechnet werden.
2. Leistungen nach Nrn. 100 e und f sind bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss - in der Regel bis zu drei Zähnen - abrechnungsfähig.
3. Das Auffüllen eines Sekundärteleskops mit Kunststoffmassen bei einer Prothesenerweiterung ohne weitergehende Maßnahme ist nach Nr. 100 a abrechnungsfähig.
4. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer implantatgetragenen totalen Prothese sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach den Nrn. 100 a - f abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nrn. 100 a i bis 100 f i zu kennzeichnen.

Die vollständige Unterfütterung einer Prothese im direkten Verfahren (Nr. 100 d alt) ist nicht mehr Bestandteil des Bema, weil sie nicht mehr dem Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entspricht.

Im Übrigen wird auf folgende Änderungen in der Leistungsbeschreibung hingewiesen.

In der Vergangenheit konnten Maßnahmen nach den Nrn. 100 a und 100 b mehrfach oder nebeneinander abgerechnet werden, wenn es nicht möglich war, alle notwendigen Wiederherstellungsmaßnahmen zu planen. Das Kriterium der Planung in einer Sitzung ist zukünftig nicht mehr ausschlaggebend für eine Nebeneinanderberechnung. Entscheidend für die Nebeneinanderberechnung ist nunmehr die Tatsache, ob die Leistungen in einer Sitzung durchführbar sind. Sind mehrere Sitzungen erforderlich, so können die notwendigen Maßnahmen nach der jeweiligen Leistungsposition abgerechnet werden. Dieser Grundsatz

gilt auch, wenn Leistungen nach Nr. 100 a oder b neben Unterfütterungen (Leistungen nach Nrn. 100 c bis f) erbracht werden.

Neu ist die Abrechnungsbestimmung, dass das Auffüllen eines Sekundärteleskops mit Kunststoffmassen bei einer Prothesenerweiterung nach Nr. 100 a abrechnungsfähig ist, sofern weitergehende Maßnahmen nicht anfallen.

104 Eingliedern einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile

- | | |
|----------------------|-----|
| a) kleineren Umfangs | 300 |
| b) größeren Umfangs | 500 |

Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen sind nach der Gebührenordnung für Ärzte nach Maßgabe der allgemeinen Bestimmungen abrechnungsfähig.

Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen können nicht mehr nach den Nrn. 71 und 84 aus dem alten Bema-Teil 2 abgerechnet werden, da diese Leistungen aus dem Bema gestrichen worden sind. Stütz-, Halte- und Hilfsvorrichtungen sind nach den jeweils einschlägigen Leistungspositionen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte nach Maßgabe der allgemeinen Bestimmungen des Bema abrechnungsfähig.

2.6.2 Zahntechnische Leistungen

Die Änderung des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen macht eine Änderung des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) erforderlich.

Eine entsprechende Vereinbarung des Verbands Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen ist zum 01.01.2004 abgeschlossen worden.

Das ab 01.01.2004 gültige BEL II wird den Zahnärzten zur Verfügung gestellt. Über die maßgeblichen Preise werden die zuständigen Vertragspartner noch zu verhandeln haben.

Neue zahntechnische Leistungsbeschreibungen waren insbesondere dort erforderlich, bei denen zahnärztliche Leistungen eingegrenzt wurden. Das gilt besonders bei Kombinationsversorgungen mit Verbindungselementen. Aber auch die Einführung der Adhäsivbrücke machte eine Änderung erforderlich.

In einer Übergangsregelung ist festgelegt worden (siehe Abschnitte 2.1.3, Seite 15 und 2.6.1, Seite 65), dass für Behandlungen, die auf Grund eines Heil- und Kostenplanes, der vor dem 01.01.2004 ausgestellt worden ist, noch der alte Bewertungsmaßstab Anwendung findet, auch wenn zahnärztliche Leistungen erst im Jahre 2004 erbracht werden.

Bei der Abrechnung zahntechnischer Leistungen in diesen Übergangsfällen ist Folgendes zu beachten:

Der Grundsatz, dass Stichtag für die Berechnung der Material- und Laborkosten der Tag der Eingliederung (Zahnarzlabor) bzw. der Tag der Lieferung (Gewerbliches Labor) ist, kann wegen der inhaltlichen Änderung des BEL II nicht gelten.

Für die zahntechnischen Leistungen, die auf Grund eines vor dem 01.01.2004 ausgestellten Heil- und Kostenplans in Auftrag gegeben werden und im Jahr 2004 erbracht werden, ist daher weiter das BEL II in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung maßgeblich.

Der Zahnarzt hat daher bei der Auftragserteilung an das Labor mitzuteilen, dass ein Behandlungsplan vor dem 01.01.2004 ausgestellt worden ist.

Sofern eine entsprechende Mitteilung nicht vorliegt, geht das Labor davon aus, dass das ab 01.01.2004 maßgebliche BEL II gilt.

Abrechnung von Pauschbeträgen

Die bisherige Abrechnungsfähigkeit von Pauschbeträgen für einen Abdruck, eine provisorische Krone, ein provisorisches Brückenglied, eine direkte Unterfütterung und für Versandkosten im Zusammenhang mit der Versorgung

mit Zahnersatz und Zahnkronen bleibt bestehen. Grundlage hierfür sind die regionalen Gesamtverträge zwischen den KZVen und den Verbänden der Krankenkassen, die sich für den Ersatzkassenbereich auf § 6 Gebührentarif C des Zahnarzt-Ersatzkassenvertrages stützen können. Diese Regelung bleibt auf Grund der bundesmantelvertraglichen Änderungsvereinbarung weiter geltendes Recht.

3. Richtlinien über die vertragszahnärztliche Versorgung

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen werden im Hinblick auf den gesetzlichen Auftrag gemäß § 92 Abs. 1 a SGB V angepasst. Dabei hat eine enge inhaltliche Abstimmung zwischen dem Erweiterten Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen und dem Bundesausschuss stattgefunden. Das Ziel, eine präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu beschreiben, konnte allerdings wegen der vorgegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nur in geringem Umfang verwirklicht werden.

Richtlinienänderungen waren daher nur im Rahmen der bestehenden finanziellen Mittel möglich. Eine den modernen Erkenntnissen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entsprechende zahnärztliche Versorgung konnte daher nur zu einem kleinen Teil in der vertragszahnärztlichen Versorgung verankert werden.

Ohne eine grundlegende Veränderung der gesetzlichen Bestimmungen kann eine umfangreiche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zur Verfügung gestellt werden.

Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat folgende Richtlinien geändert:

- Allgemeine Behandlungs-Richtlinien
- Individualprophylaxe-Richtlinien
- Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinien
- Kieferorthopädie-Richtlinien
- Zahnersatz-Richtlinien

Die Neufassung der Richtlinien ist als Anlage 2 diesem Rundschreiben beigelegt; sie wird in einem gesonderten Druckstück veröffentlicht. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat die Richtlinien nicht beanstandet. Der Abschnitt B V der Allgemeinen Behandlungsrichtlinien über die Parodontalbehandlung, die der Bundesausschuss am 24.09.2003 verabschiedet hat, steht noch unter dem Prüfungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Dieses Rundschreiben beinhaltet nur die Erläuterungen der Grundzüge der Richtlinienänderungen und verzichtet auf eine Darstellung einzelner Richtlinienbestimmungen.

Die Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die Bedarfsplanungs-Richtlinien gelten unverändert weiter.

3.1 Allgemeine Behandlungs-Richtlinien

- Die Richtlinien verfolgen das Ziel, die zahnärztliche Versorgung auf eine ursachengerechte, zahnschutzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung auszurichten.

Die Richtlinien sind nicht nur eine wichtige Grundlage für die Erbringung und Abrechnung zahnärztlicher Leistungen, sondern sind auch von Bedeutung für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Prüfungsausschüsse und die Überprüfung der Qualität zahnärztlicher Leistungen durch die KZVen. Insofern stellen die Richtlinien auch gleichzeitig Kriterien für die Beurteilung der Qualität gemäß § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V dar.

- Einen besonderen Stellenwert messen die geänderten Richtlinien der aktiven Mitwirkung des Patienten bei der zahnärztlichen Behandlung zu. Daher wird an mehreren Stellen der Richtlinien auf die Bedeutung der Eigenverantwortung des Patienten und seines Beitrages für eine gesundheitsbewusste Lebensführung für die Vermeidung des Eintritts von Krankheiten hingewiesen. Mangelnde Mitarbeit des Patienten kann danach auch Konsequenzen für den Umfang der ihm grundsätzlich zustehenden zahnärztlichen Behandlung haben.
- Ausgangspunkt jeder zahnärztlichen Behandlung sind Befunderhebung und Diagnosen. Bei der Röntgendiagnostik ist Wert darauf zu legen, dass bei Röntgenleistungen stets abzuwägen ist, ob ihr gesundheitlicher Nutzen das Strahlenrisiko überwiegt. Die Bestimmungen der Röntgenverordnung sind zum Schutz der Patienten anzuwenden. Das bedeutet auch, dass Röntgenaufnahmen von vorbehandelnden Zahnärzten zu beschaffen sind. Insoweit ist die Zusammenarbeit der

Zahnärzte untereinander unentbehrlich, um unnötige Strahlenbelastungen zu vermeiden.

- In der konservierenden Behandlung wird auf die Notwendigkeit der Zahnschutzschonung und des Erhalts gesunder natürlicher Zahnschutzsubstanz hingewiesen. In der Füllungsbehandlung bleiben die bestehenden grundlegenden Bestimmungen erhalten. Die Aussage in Abschnitt B III Nr. 4 der Richtlinien, dass nur anerkannte und erprobte plastische Füllungsmaterialien auf der Grundlage der aktuellen Gebrauchs- und Fachinformationen verwendet werden sollen, ist im Zusammenhang mit den geltenden Regelungen im Bewertungsmaßstab zu sehen. Das bedeutet weiterhin, dass Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich (Nr. 13 e bis f) nur abrechnungsfähig sind, wenn sie entsprechend der Adhäsivtechnik erbracht werden und wenn in Ausnahmefällen eine Amalgamfüllung gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie absolut kontraindiziert ist.

Zusätzlich wurde konkretisiert, dass im Frontzahnbereich in der Regel adhäsiv befestigte Füllungen das Mittel der Wahl sind. Die Verwendung von Mehrfarbentechnik ist allerdings nur als ein Mittel der ästhetischen Optimierung zu verstehen. Solche Füllungen sind daher nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, sie können Gegenstand von Mehrkostenvereinbarungen sein.

- Eine endodontische Behandlung ist in der Regel angezeigt bei Zähnen mit Erkrankungen oder traumatischen Schädigungen der Pulpa sowie bei Zähnen mit nekrotischem Zahnmark. Die endodontische Behandlung von Molaren ist aus zahnmedizinischer Sicht kritisch zu beurteilen. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung sind diese Leistungen daher nur dann angezeigt, wenn
 - damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
 - eine einseitige Freundsituation vermieden wird,
 - der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

Besonders kritisch zu bewerten ist die Revision von Wurzelkanalfüllungen. Die Revision ist in der Regel nur angezeigt bei im Röntgenbild erkennbaren nicht

randständigen oder undichten Wurzelkanalfüllungen. Die drei oben genannten Voraussetzungen sind auch bei der Revision zu beachten.

Werden Wurzelkanalfüllungen oder ihre Revision auf Wunsch des Patienten durchgeführt, ohne dass die beschriebenen Bedingungen gegeben sind, gehören diese Maßnahmen nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Das gilt auch für eine anschließende prothetische Versorgung an demselben Zahn (z. B.: Eingliederung einer Krone).

- In der chirurgischen Behandlung bleiben die bestehenden Bestimmungen im Grundsatz erhalten.

Wurzelspitzenresektionen sind grundsätzlich angezeigt, wenn das Wurzelkanalsystem durch andere Verfahren nicht ausreichend zu behandeln ist (siehe Abschnitt B IV Nr. 4). Die Wurzelspitzenresektion von Molaren ist in der Regel nur unter den Voraussetzungen angezeigt, unter denen eine Wurzelkanalfüllung an Molaren im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung angezeigt ist.

- Eine zentrale Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung ist nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese Leistungen gehören allerdings zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. In diesem Fall ist die Narkose oder Analgosedierung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen.
- Für Aufbissbehelfe wurde die Indikation bei Kiefergelenkserkrankungen in die Richtlinien (Abschnitt B VI Nr. 2) aufgenommen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Erläuterungen zu den Aufbissbehelfen aus Bema-Teil 2 verwiesen (siehe Abschnitt 2.3 dieses Rundschreibens, Seite 37ff).
- Für die systematische Behandlung von Parodontopathien gilt ein neugefasster Abschnitt V der Richtlinien. Nachdem es im Hinblick auf die begrenzten finanziellen Mittel in der GKV zunächst nicht möglich war, sich auf eine Neufassung der Richtlinien zur Parodontalbehandlung zu verständigen, hat der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in einer weiteren Sitzung am 24.09.2003 einen

übereinstimmenden Beschluss gefasst und damit die überholten alten Richtlinien beseitigt.

Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen sah sich aus finanziellen Gründen gehindert, die gesamte, dem Stand der zahnärztlichen Wissenschaft entsprechende Parodontalbehandlung in die vertragszahnärztliche Versorgung einzubeziehen.

Bei der Neufassung dieses Richtlinienabschnitts wurden die Aussagen zum Ziel der Parodontalbehandlung und ihre Indikationen, zur Anamnese und Diagnostik sowie zur Prognose der Parodontalbehandlung aktualisiert. Die Bedeutung der Mitwirkung und das Erfordernis einer Verhaltensveränderung des Patienten wurde in den Vordergrund gestellt.

Bei der systematischen Parodontitistherapie wird unterschieden in

- geschlossenes Vorgehen,
- offenes Vorgehen,
- antibiotische Therapie,
- Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges.

Die zahnmedizinisch sinnvolle unterstützende Parodontaltherapie (UPT) wurde nicht in die vertragszahnärztliche Versorgung einbezogen. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Notwendigkeit regelmäßiger Untersuchungen nach Abschluss der Parodontaltherapie besteht, um der Gefahr einer bakteriellen Wiederbesiedlung der Taschen zu begegnen. Dazu können auch Maßnahmen der Mundbehandlung (Nr. 106) und ggf. der Zahnsteinentfernung (Nr. 107) gehören. Weitergehende zahnärztliche Maßnahmen sind allerdings nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

- Die Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen wurden nicht geändert.
- Die Bestimmungen in Abschnitt C „Verordnung von Arzneimitteln“ wurden nur redaktionell geändert.

3.2 Individualprohylaxe-Richtlinien

- Bestimmung des Kariesrisikos

Ein besonderer Stellenwert bei der Durchführung der Individualprohylaxe kommt der Betreuung der Kinder und Jugendlichen mit hohem Kariesrisiko zu. Maßgeblich für die Ermittlung eines hohen Kariesrisikos sind zukünftig nicht mehr die bisherigen Indizes zur Feststellung von Hygienedefiziten, sondern die aus der epidemiologischen Forschung entwickelte Definition von Risikogruppen des Deutschen Ausschusses für Jugendzahnpflege (DAJ). Danach kann ein hohes Kariesrisiko an Hand des Karies-Indexes DMF-T/DMF-S festgestellt werden. (Siehe Nummer 6 der Individualprohylaxe-Richtlinien)

„Ein hohes Kariesrisiko liegt bei folgenden Werten vor:

Alter bis

7 Jahre dmf/DMF (t/T) > 5 oder D(T) > 0

8 - 9 Jahre dmf/DMF (t/T) > 7 oder D(T) > 2

10 - 12 Jahre DMF (S) an Approximal/Glattflächen > 0

13 - 15 Jahre D (S) an Approximal/Glattflächen > 0
und / oder mehr als 2 kariöse Läsionen

Dies gilt auch für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.“

Die Erkennung der Kinder und Jugendlichen mit hohem Kariesrisiko ist wichtig, um bei diesen Patienten die Entstehung weiterer Zahnerkrankungen zu vermeiden. Aus diesem Grunde kann zukünftig bei Kindern und Jugendlichen ab dem 6. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Fluoridierung je Kalenderhalbjahr zweimal abgerechnet werden.

- Mundgesundheitsaufklärung

Die bisherigen zwei Leistungen (Aufklärung über Krankheitsursachen, Remotivation) wurden in eine Leistung der Nr. IP 2 „Mundgesundheitsaufklärung“ zusammengefasst. Dies hat seinen Niederschlag in der Neutextierung der Richtlinien gefunden (siehe Nummer 10 der Individualprohylaxe-Richtlinien).

- Fissurenversiegelung

Diese Leistung kann zukünftig auch bei Kindern durchgeführt werden, bei denen der 1. Molar bereits vor Vollendung des 6. Lebensjahres durchgebrochen ist.

- Häusliche Fluoridierungsmaßnahmen

Begleitende häusliche Maßnahmen sind wichtig und müssen bei der lokalen Fluoridierung in der Zahnarztpraxis berücksichtigt werden. Erstmals wird fluoridiertes Speisesalz ausdrücklich in den Katalog häuslicher Fluoridierungsmaßnahmen der Patienten aufgenommen.

3.3 Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinien

Im Bewertungsmaßstab ist zukünftig nur noch eine einheitliche Leistung Früherkennungsuntersuchung (Nr. FU) vorgesehen. Dies hat auch in den Richtlinien Berücksichtigung gefunden. Drei Früherkennungsuntersuchungen sind für Kinder ab dem 3. Lebensjahr bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres vorgesehen. Die erste Untersuchung findet im 3. Lebensjahr statt. Die beiden weiteren Untersuchungen finden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres statt, wobei der Abstand zwischen den Untersuchungen mindestens 12 Monate beträgt.

Bei Kindern mit hohem Kariesrisiko (siehe hierzu Erläuterungen zu den Individualprophylaxe-Richtlinien) kann die lokale Fluoridierung bei Kindern ab dem 3. Lebensjahr zweimal je Kalenderhalbjahr (bisher einmal) vorgenommen werden. Diese Regelung steht allerdings im Widerspruch zum Inhalt des Bewertungsmaßstabes, der die lokale Fluoridierung vom vollendeten 3. Lebensjahr vorsieht. Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich darüber verständigt, dass die lokale Fluoridierung bei Kindern vom 30. Lebensmonat erfolgen kann. Der Bewertungsmaßstab und die Richtlinien werden so bald wie möglich angepasst.

3.4 Kieferorthopädie-Richtlinien

Die geltenden Richtlinien werden bis auf einige Ausnahmen nicht geändert. Dies gilt auch für die befundbezogenen Indikationsgruppen (KIG).

Folgende Regelungen sind neu:

- Schwere Kieferanomalien (Nummer 4 der Kieferorthopädie-Richtlinien)
Nur bei diesen Kieferanomalien haben Erwachsene Anspruch auf kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung. Der Definitionskatalog gilt unverändert weiter. Allerdings wurde konkretisiert, unter welchen Voraussetzungen die Behandlung schwerer Kieferanomalien im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung vorgenommen werden kann.

Dies ist der Fall, wenn mindestens folgende Behandlungsbedarfsgrade der Indikationsgruppen (KIG) festgestellt werden:

- A 5: Lippen-, Kiefer-Gaumenspalte bzw. andere kraniofaciale Anomalien
- D 4: Sagittale Stufe, distal über 6 bis 9 mm
- M 4: Sagittale Stufe, mesial 0 bis 3 mm
- O 5: Vertikale Stufe, offen (auch seitlich) über 4 mm, skelettal offen
- B 4: Transversale Abweichung, Bukkal-/Lingual-Okklusion
- K 4: Transversale Abweichung, einseitiger Kreuzbiss

Bei den Indikationsgruppen D und M (Sagittale Stufe, distal, mesial) liegt Leistungspflicht auch vor, wenn die höheren Behandlungsbedarfsgrade D 5 oder M 5 vorliegen.

Bei anderen Behandlungsbedarfsgraden liegt eine schwere Kieferanomalie nicht vor. Eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung kommt dann bei Erwachsenen nicht in Betracht.

- Zeitpunkt des Beginns einer kieferorthopädischen Behandlung (Nummern 7 und 8 der Kieferorthopädie-Richtlinien)
Kieferorthopädische Behandlungen sollen nicht vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) begonnen werden.

Die Ausnahmefälle, in denen eine frühere Behandlung angezeigt ist, wurden in den Richtlinien (Nummer 8) präzisiert:

- a) Beseitigung von Habits
 - bei einem habituellen Distalbiss mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5 oder
 - bei einem habituell offenen Biss mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 4.

- b) Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlust

- c) Frühbehandlung
 - eines Distalbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5
 - eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad K 3 oder K 4, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist,
 - einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne mit dem Behandlungsbedarfsgrad B 4,
 - eines progenen Zwangsbisses / frontalen Kreuzbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5,
 - zum Öffnen von Lücken mit dem Behandlungsbedarfsgrad P 3.

Die Frühbehandlung soll nicht vor dem 4. Lebensjahr begonnen werden. Sie setzt den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte voraus. Die aufgeführten Behandlungsmaßnahmen sollen innerhalb von sechs Quartalen abgeschlossen werden. Abschlagszahlungen nach den Nrn. 119/120 können nur für längstens sechs Quartale abgerechnet werden. Sofern die Behandlung einen kürzeren Zeitraum in Anspruch nimmt, können die restlichen Abschlagszahlungen bei Ende der Behandlung abgerechnet werden.

- e) Frühe Behandlung
 - Von der oben unter c) beschriebenen Frühbehandlung wird die frühe Behandlung einer Kieferanomalie unterschieden. Voraussetzung hierfür sind besondere Kieferanomalien. Hierzu gehören
 - Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten oder andere kraniofaciale Anomalien,
 - ein skelettal-offener Biss mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 5,

-
- eine Progenie mit dem Behandlungsbedarf M 4 oder M 5,
 - verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen.

Bei diesen Anomalien kann eine kieferorthopädische Behandlung nach den Nrn. 119/120 bereits vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels begonnen werden. Die Abrechnung der Abschlagszahlungen richtet sich in solchen Behandlungsfällen ohne Einschränkungen nach den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 119/120.

3.5 Zahnersatz-Richtlinien

Das Ziel der KZBV bei den Beratungen im Bundesausschuss war es, Inhalt und Umfang der den Versicherten zustehenden Versorgung mit Zahnersatz, insbesondere auf der Grundlage des Wirtschaftlichkeitsgebots einzuschränken. Dieses Ziel konnte im Hinblick auf die bestehenden gesetzlichen Regelungen nur in kleinem Umfang, aber doch an mehreren Stellen der Richtlinien, verwirklicht werden.

Mit den Aussagen zur Zweckbestimmung der Richtlinien soll ein Beitrag geleistet werden, in der täglichen Praxis das Wirtschaftlichkeitsgebot bei der Behandlung von Versicherten zu konkretisieren. Zum Einen wird der bisher in den Zahnersatz-Richtlinien verwendete Begriff „vollwertig“ durch „bedarfsgerecht“ ersetzt und zum Anderen ist ausdrücklich festgelegt, dass sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot Leistungseinschränkungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen ergeben können.

In diesem Rundschreiben werden nur die Regelungen besonders erläutert, in denen grundlegende Änderungen gegenüber den bisherigen Regelungen beschlossen worden sind. Die Erläuterungen richten sich dabei nach der Reihenfolge der Richtlinienbestimmungen.

- Mehrkostenregelung

(Nummer 6 der Zahnersatz-Richtlinien)

Die Mehrkostenregelung wurde neu formuliert. Sie hat nunmehr folgenden Wortlaut:

„Wählen Versicherte eine Versorgung mit Zahnersatz, die über die medizinisch notwendige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung hinausgeht, so haben sie einen Leistungsanspruch nach § 30 Absätze 1 und 2 SGB V nur bezogen auf die im Einzelfall wirtschaftliche und notwendige Behandlung. Die Mehrkosten der zusätzlichen zahnärztlichen und zahn-technischen Leistungen haben sie selbst in vollem Umfang zu tragen (§ 30 Abs. 3 SGB V). „

Der Leistungsanspruch des Versicherten nach § 30 Abs. 1 und 2 SGB V ist bei Versorgungsleistungen, die über die medizinisch notwendige und wirtschaftliche Versorgung hinausgeht, begrenzt auf einen Zuschuss zu den Kosten einer Behandlung, die im Einzelfall wirtschaftlich und notwendig ist.

- Mitwirkung des Patienten

(Nummern 9 und 10 der Zahnersatz-Richtlinien)

Der Umfang der Mitwirkung des Patienten (regelmäßige Zahnpflege und der Nachweis der zahnärztlichen Untersuchungen) spielt eine entscheidende Rolle bei der Festlegung der im Einzelfall notwendigen Zahnersatz-Versorgung.

Ist die Mitwirkung des Patienten unzureichend oder lehnt der Patient eine Parodontalbehandlung ab, die der Zahnarzt als notwendig ansieht, so hat dies Einfluss auf die Art der Zahnersatz-Versorgung. Das heißt, der Zahnarzt hat dann das Behandlungsziel neu zu bestimmen. Da hierbei der Zahnarzt eine prothetische Behandlung nicht generell verweigern kann, ist die vertragszahnärztliche Versorgung auf eine einfache, also kostengünstige Versorgungsform zu beschränken.

- Planung einer Zahnersatz-Versorgung

(Nummer 12 der Zahnersatz-Richtlinien)

Für die gesamte Behandlung ist ein einheitlicher Heil- und Kostenplan zu erstellen. Bei der Planung ist von der Erhebung des Gesamtbefundes auszugehen. Das heißt, eine Aufteilung der erforderlichen prothetischen Behandlung in zwei Heil- und Kostenpläne ist unzulässig. Diese Regelung ist insbesondere bei der Versorgung mit großen Brücken zu beachten. Hiermit soll verhindert werden, dass die leistungsrechtlichen Grenzen von § 30 Abs. 1 SGB V umgangen wer-

den, wonach die Versorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt ist.

- Begutachtung von Zahnersatz-Versorgungen

(Nummern 12, 22, 43 der Zahnersatz-Richtlinien)

Aufgabe der Vertragsgutachter ist, die Zahnersatz-Planungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den Kriterien der Richtlinien, insbesondere den Indikationsvoraussetzungen und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Grundsätzlich können die Krankenkassen alle Zahnersatz-Planungen begutachten lassen.

Im Hinblick auf die nicht unerheblichen Kosten, die mit Zahnersatz-Versorgungen verbunden sind, sehen die Richtlinien für besondere Zahnersatz-Formen, bei denen es häufig wirtschaftlichere Behandlungslösungen gibt, vor, dass eine Begutachtung erfolgen soll. Das gilt in folgenden Fällen:

- Brückenversorgungen bei einem Befund, in dem mehr als zwei Zähne pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich als fehlend oder ersetzt gekennzeichnet sind (Nummer 12),
- Versorgung mit mehr als zwei Einzelkronen pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich (Nummer 22),
- Kombinationsversorgungen (Nummer 43).

In diesen Fällen besteht eine Begutachtungspflicht. Auf eine Begutachtung kann nur in besonderen Fällen verzichtet werden.

Die KZVen werden prüfen, ob die Krankenkassen diese Pflicht erfüllen.

- Verwendung von Werkstoffen und Dentallegierungen

(Nummer 16 der Zahnersatz-Richtlinien)

Bei der Zahnersatz-Versorgung sollen nur Werkstoffe verwendet werden, die den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes entsprechen. Bei Patienten, bei denen der Nachweis einer Allergie gegenüber einem Werkstoff vorliegt, ist ein als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen. Der Nachweis einer Allergie ist gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie zu erbringen. Hiermit wird ein Grundsatz übernommen, der bisher schon beim Nachweis einer Amalgamallergie vorgesehen war.

Die Regelung, wonach Nichtedelmetall und NEM-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können, bleibt als rechtliche Grundlage für die Festlegung des Abrechnungsbetrages für Dentallegierungen bestehen. Zahnärzte können weiterhin auch Edelmetall-Legierungen verwenden. Sie sollten allerdings die Patienten darüber aufklären, dass diese dann die Mehrkosten allein tragen.

- Indikation von Zahnkronen (Nummer 18 der Zahnersatz-Richtlinien)

Die Indikationsvoraussetzungen für die Indikation von Zahnkronen werden präzisiert.

a) Kronen sind angezeigt zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr oder auf Dauer möglich ist. Dabei hat die Schonung und Erhaltung natürlicher und intakter Zahnschubstanz stets Vorrang vor Zahnkronen.

b) Kronen sind außerdem angezeigt zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich sind.

Weitere Indikationen für Kronen gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht. Insbesondere kann die Veränderung der Kieferrelation durch Zahnkronen oder die Stabilisierung des Restgebisses im Kronenverbund die Eingliederung von Zahnkronen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht mehr rechtfertigen.

- Versorgung mit Kronen und Brücken im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung

(Nummern 24 und 30 der Zahnersatz-Richtlinien)

Keramisch vollverblendete Kronen und Vollkeramikronen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Für sie können Mehrkostenvereinbarungen gemäß Nr. 6 der Richtlinien in Verbindung mit § 30 Abs. 3 SGB V getroffen werden.

Dementsprechend sehen die Richtlinien und der Bewertungsmaßstab nur noch metallische Voll- und Teilkronen vor. Entsprechendes gilt für Brücken.

- Verblendung von Kronen und Brücken

(Nummern 23 und 30 der Zahnersatz-Richtlinien)

Zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Kronen und Brücken gehört nur noch die vestibuläre Verblendung im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Dabei wird klargestellt, dass die vestibuläre Verblendung im Bereich der Zähne 1 bis 3 auch die Schneidekanten umfasst.

Für Verblendkronen, die über die beschriebenen Verblendgrenzen hinausgehen, können Mehrkostenvereinbarungen abgeschlossen werden. Das gilt auch bei der Verblendung von Zahn 5 im Unterkiefer. Die bisherige einschränkende Protokollnotiz ist entfallen.

- Versorgung mit großen Brücken

(Nummer 28 der Zahnersatz-Richtlinien)

Bei großen Brücken ist die Leistungspflicht nach § 30 Abs. 1 SGB V auf den Ersatz von bis zur vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Die Richtlinien stellen nunmehr klar, dass mehrere Einzelbrücken je Kiefer nur dann zulässig sind, wenn keine wirtschaftlichere, das gleiche Therapieziel erreichende Versorgung möglich ist.

- Freidendbrücken

(Nummer 29 der Zahnersatz-Richtlinien)

Freidendbrücken können unter zahnmedizinischen Gesichtspunkten problematisch sein. Die Indikation für Freidendbrücken im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist daher begrenzt auf den Ersatz eines mesial fehlenden Prämolaren.

- Adhäsivbrücken

(Nummer 29 der Zahnersatz-Richtlinien)

Adhäsivbrücken werden in die vertragszahnärztliche Versorgung aufgenommen, allerdings nur unter eng begrenzten Voraussetzungen:

- Sie müssen mit einem Metallgerüst versehen sein.
- Sie sind auf den Frontzahnbereich begrenzt.
- Sie dürfen nur bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren eingegliedert werden.
- Die Pfeilerzähne sollen karies- und füllungsfrei sein.
- Die Brücke muss einspannig sein und soll grundsätzlich nur einen Zahn umfassen

- Stützstiftregistrierung

(Nummer 39 der Zahnersatz-Richtlinien)

Die intraorale Stützstiftregistrierung zur Feststellung der Zentrallage ist nur bei der Totalprothese oder Cover-Denture-Prothese, auch bei implantatgestützten Totalprothesen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, allerdings nur wenn die Lagebeziehung von Unter- zu Oberkiefer mit einfachen Methoden (Hand-Bissnahme) nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

- Kombinationsversorgungen

(Nummern 39 bis 43 der Zahnersatz-Richtlinien)

Kombinationsversorgungen sind unter den in § 30 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Richtlinien sehen unter dem Gesichtspunkt des Wirtschaftlichkeitsgebots Leistungspräzisierungen vor. Kombinationsversorgungen sind nur angezeigt, und wirtschaftlich, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstigere Retention erreicht werden kann. Dies gilt insbesondere bei Freiendsituationen.

Zu den Verbindungselementen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung gehören danach:

- Teleskop- und Konuskronen
- Geschiebe bei einem Lückenschluss durch eine geteilte Brücke bei disparallelen Pfeilern
- Kugelknopfanker bei einer Wurzelstiftkappe.

Darüber hinausgehende Verbindungselemente, wie z. B. Stege gehören daher nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Versorgungen mit derartigen Verbindungselementen können auf Grund von privaten Vereinbarungen, ggf. Mehrkostenvereinbarungen durchgeführt werden.

4. Änderung bundesmantelvertraglicher Regelungen

Die Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen macht Änderungen des geltenden Abrechnungsverfahrens erforderlich. Hierzu sind eine Reihe von bundesmantelvertraglichen Regelungen abgeschlossen worden, die unter anderem

- die Gutachtervereinbarungen
- das Abrechnungsverfahren
- und die Planungs- und Abrechnungsvordrucke

betreffen.

Die Neufassung des Bundesmantelvertrages (BMV-Z) wird den Zahnärzten in einem besonderen Druckstück der KZBV so bald wie möglich über die KZVen zur Verfügung gestellt. Ein entsprechendes Druckstück für den Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag (EKVZ) wird herausgegeben, sobald das Verfahren vor dem Bundesschiedsamt zu diesem Vertrag abgeschlossen ist. Hiermit ist Anfang 2004 zu rechnen.

4.1 Konservierend-chirurgische Behandlung

4.1.1 Grundzüge des Abrechnungsverfahrens

Das Verfahren zur Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen wird nicht verändert. Die Abrechnung erfolgt auf dem Erfassungsschein oder edvmäßig nach den bisherigen Vorgaben. Die Änderungen des Bewertungsmaßstabes werden in die bestehenden Abrechnungsmodule eingearbeitet, so dass bei der Abrechnung der Leistungen des I. Quartals 2004 die Bemaänderungen Berücksichtigung finden.

Der Erfassungsschein wird zukünftig als "Erfassungsschein Kons./Chir." bezeichnet.

Alle bisherigen Bestimmungen zur Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen (Anlage 2 zum BMV-Z bzw. Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag) bleiben grundsätzlich bestehen.

4.1.2 Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte

Änderungen treten ein, soweit es um zahnärztliche Leistungen geht, die im Bema nicht enthalten sind, und die nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden können (siehe hierzu allgemeine Ausführungen unter Nr. 2.1.1, Seite 10ff).

Um diese Leistungen im System der vertragszahnärztlichen Versorgung abrechenbar zu machen, war es erforderlich, ein System von Abrechnungs-Nummern zu schaffen, das zum geltenden Bema-Nummerierungssystem passt.

Dabei gelten folgende Grundsätze:

- Alle Leistungen aus der GOÄ werden mit vierstelligen Gebührennummern abgerechnet.
- Soweit die GOÄ vierstellige Nummern vorsieht, werden diese bei der Abrechnung verwendet.
- Bei drei- und zweistelligen Gebührennummern gelten besondere Regelungen.
- Soweit die GOÄ dreistellige Nummern vorsieht, wird jeweils die Ziffer 8 vorangestellt.

Beispiel:

GOÄ-Nr. 250 Blutentnahme Abrechnungs-Nr. **8250**

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

Beispiel:

GOÄ-Nr. 50 Besuch Abrechnungs-Nr. **7500**

Anlage 5 beiliegender Auflistung der abrechnungsfähigen GOÄ-Leistungen sind die gültigen Abrechnungsnummern zu entnehmen.

- Die GOÄ sieht Zuschläge insbesondere für Besuchsleistungen (Abschnitt B IV) vor, die mit Buchstaben E bis H gekennzeichnet sind. Diese Zuschläge werden gezahlt, wenn Besuche zu besonderen Zeiten (z. B. bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen) durchgeführt werden. Diese Zuschläge ersetzen die bisherigen Besuchsleistungen aus der GOÄ 65 (Nrn. 7 bis 11) und werden zusätzlich zu den Vergütungen für Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62 GOÄ gezahlt. Werden zahnärztliche Leistungen zu besonderen Zeiten in der Zahnarztpraxis durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 03, aber nicht die Zuschläge nach Abschnitt B V der GOÄ abgerechnet werden.

Bei der Abrechnung solcher Zuschläge über die KZV werden die Buchstaben jeweils durch Ziffern nach folgendem System ersetzt:

Ziffer	Zuschlag	Kurzbezeichnung
1	E	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzügliche erfolgte Ausführung
2	F	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen
3	G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen
4	H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen
5	H und F	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen
6	H und G	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen

Diese Ziffer ersetzt die angefügte 0 bei zweistelligen GOÄ-Nummern.

Beispiel:

- Besuch, dringend angefordert:
GOÄ-Nr. 50 + Zuschlag E Abrechnungs-Nr. 7501
- Besuch an Sonn- und Feiertagen, zwischen 20 und 22 Uhr:
GOÄ-Nr. 50 + Zuschläge H und F Abrechnungs-Nr. 7505

-
- Soweit Besuche bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr durchgeführt werden, kann der Zuschlag K 2 abgerechnet werden.
In diesem Fall ist zusätzlich zur Abrechnung der jeweiligen Besuchsleistung die Abrechnungsnummer 7003 in der Leistungsspalte anzugeben.
 - Die Abrechnungsnummern für zahnärztliche Leistungen nach GOÄ-Abschnitt B IV sind unter Berücksichtigung der GOÄ-Zuschläge der Anlage 5 dieses Rundschreibens (Abschnitt III) zu entnehmen.

4.1.3 Abrechnung von Wegegeld und Reiseentschädigungen

Die Abrechnung von Wegegeld und Reiseentschädigungen erfolgt nach §§ 8 und 9 GOÄ. Danach hat der Zahnarzt Anspruch auf Wegegeld in bestimmten Euro-Beträgen, die von der Entfernung von der Zahnarztpraxis und von der Zeit des Besuchs abhängen. Um Wegegeld bei der Abrechnung über die KZV abrechenbar zu machen, werden für die verschiedenen Wegegeldbeträge der GOÄ jeweils vierstellige Abrechnungsnummern geschaffen.

Beispiel:

Wegegeld für Entfernung bis zu 2 Kilometern:
3,58 Euro Abrechnungs-Nr. 7810

Die verschiedenen Wegegeld-Abrechnungs-Nummern sind Abschnitt IV der beigefügten Anlage 5 dieses Rundschreibens zu entnehmen. Bei der Abrechnung trägt der Zahnarzt nur die jeweilige Abrechnungs-Nummer in der Leistungsspalte ein. Die Abrechnung des zutreffenden Wegegeldes wird dann von der KZV automatisch vorgenommen.

Bei einer Entfernung von mehr als 25 Kilometern von der Zahnarztpraxis hat der Zahnarzt Anspruch auf eine Reiseentschädigung nach § 9 GOÄ. Der Zahnarzt hat in diesem Fall Anspruch auf 51,13 Euro und 26 Cent je Kilometer. In diesem Fall trägt er die Abrechnungsnummer 7910 in die Leistungsspalte und die Zahl der zurückgelegten Kilometer in die Bemerkungsspalte ein.

Ein darüber hinausgehender Entschädigungsanspruch gegen die KZV besteht nicht, auch wenn die Abwesenheit mehr als 8 Stunden beträgt.

4.1.4 Beibehaltung des alphanumerischen Bema-Nummerierungssystems

Das derzeitige alphanumerische Bema-Nummerierungssystem wird nicht geändert.

Wie in der Vergangenheit können die KZVen bestimmen, dass bei der Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen anstelle der alphanumerischen Leistungs-Nummern ein rein numerisches Leistungs-Nummern-System anzuwenden ist. Einige KZVen haben bisher von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Hieran wird nichts geändert.

Das bisherige numerische System wurde an die Bema-Änderungen angepasst. Es ergibt sich aus Anlage B zum BMV-Z bzw. Anlage 2 zum EKVZ (Anlage 7 des Rundschreibens).

Die Partner der Bundesmantelverträge sind übereingekommen, über die Einführung eines neuen, rein numerischen Systems zu beraten. Ein bestimmter Einführungszeitpunkt wurde dabei nicht festgelegt. Es ist im Gespräch, ein neues durchgängig dreistelliges Nummernsystem einzuführen, das für die Zukunft geeignet ist, das bisherige alphanumerische System zu ersetzen. Die in Anlage 7 aufgeführten dreistelligen Leistungsnummern (Spalte 4) haben bei der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen aus den Bema-Teilen 1 und 2 noch keine Bedeutung für das ab 01.01.2004 geltende Abrechnungsverfahren.

4.1.5 Erfassungsschein

Der derzeitige Erfassungsschein wird nicht geändert.

4.1.6 Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

Für die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln wird auf die Vordrucke verwiesen, die auf Grund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart werden. Eine Verordnung erfolgt danach auf Muster 16 der Ärztevordrucke. Das besondere Vordruckmuster der Ärzte für die Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie findet im zahnärztlichen Bereich keine Anwendung. Die Verordnung logopädischer Leistungen durch Zahnärzte erfolgt daher weiterhin auf Muster 16.

4.2 Behandlung von Kiefergelenksverletzungen (Kieferbruch) und Kiefergelenks- erkrankungen

Das Verfahren bei der Planung und Abrechnung dieser Leistungen war bisher bundesweit nur für den Ersatzkassenbereich geregelt. Danach galt die sogenannte Kieferbruch-Mitteilung, mit der die Krankenkasse über die Kiefergelenksverletzungen unterrichtet wurde. Die Rückseite dieses Vordrucks war für die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen bestimmt, wobei Leistungen zur Behandlung von Kiefergelenkskrankungen ohne vorherige Mitteilung an die Krankenkasse abgerechnet werden konnten.

Mehrere KZVen haben sich in der Vergangenheit darüber verständigt, dass dieses Verfahren auch für die Primärkassen Anwendung findet.

Zukünftig wird ein bundeseinheitliches Verfahren für Primär- und Ersatzkassen gelten, das die Planung und die Abrechnung dieser Leistungen betrifft.

4.2.1 Planung der Behandlung von Kieferbruch und Kiefergelenkskrankungen

Das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkskrankungen wird in einer besonderen Vereinbarung festgelegt (Anlage 7 a zum BMV-Z bzw. Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag).

Es wird ein einheitlicher Vordruck "Behandlungsplan" geschaffen, der sowohl bei der Behandlung von Kieferbrüchen als auch Kiefergelenkserkrankungen verwendet wird.

- Kieferbruch

Im Behandlungsplan sind alle erforderlichen Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie die Art der Verletzung und die vorgesehenen Leistungen anzugeben. Die Behandlung ist der Krankenkasse auf dem Behandlungsplan unverzüglich anzuzeigen. Mit der Behandlung kann sofort begonnen werden. Die Krankenkasse hat die Möglichkeit, die Kostenübernahme auf dem Vordruck zu bestätigen.

- Kiefergelenkserkrankungen

Im Behandlungsplan sind die vorgesehenen Leistungen (Aufbissbehelfe nach den Nrn. K 1 bis K 4) einzutragen. Er ist der Krankenkasse zuzusenden. Der Zahnarzt kann jedoch mit der Behandlung sofort beginnen, wenn es sich um Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen sowie um zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen handelt. Sofern diese Voraussetzungen nicht vorliegen, muss mit der Behandlung bis zum Vorliegen der Kostenübernahme der Krankenkasse gewartet werden.

Die bundesmantelvertragliche Vereinbarung sieht bei Kiefergelenkserkrankungen eine vorherige Kostenübernahme der Krankenkassen und eine fakultative Begutachtung vor.

Die Gesamtvertragspartner können jedoch vereinbaren, dass von einer vorherigen Kostenübernahme abgesehen werden kann. Sie können außerdem Näheres zur Begutachtung dieser Leistungen vereinbaren.

Sind Aufbissbehelfe im Zusammenhang mit der systematischen Behandlung von Parodontopathien angezeigt, so ist hierfür der Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen zu verwenden. Das gilt auch, wenn im Rahmen einer prothetischen Behandlung eine Bissführungsplatte angezeigt ist.

Solche Aufbissbehelfe werden nicht mehr im Vordruck "Parodontalbefund" (siehe hierzu Erläuterungen im Abschnitt 4.4.1) bzw. im Heil- und Kostenplan eingetragen.

4.2.2 Abrechnung der Behandlung von Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen

Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt zukünftig auf einem gesonderten Vordruck, dem "Abrechnungsformular für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch". Der Vordruck kann mittels EDV individuell erstellt werden. Inhalt, Aufbau und Struktur des Vordrucks dürfen dabei nicht verändert werden. Die Abrechnung mit diesem Vordruck erfolgt monatsweise nach den jeweils regional gültigen Vorgaben. An den bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen ändert sich nichts.

Um der Krankenkasse die Überprüfung zu ermöglichen, ob die geplanten mit den abgerechneten Leistungen übereinstimmen, ist das Datum des Behandlungsplans bei der Abrechnung anzugeben. Außerdem ist die Anzahl der geplanten Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 4 bei der Abrechnung anzugeben.

Der Umfang der Eintragungen auf dem neuen Vordruck entspricht grundsätzlich dem Umfang der Eintragungen auf dem bisherigen Vordruck. Die Zahnangabe erfolgt nur bei Leistungen, die einen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweisen.

Bei der Abrechnung von Kieferbruch-Leistungen wird häufig auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zurückzugreifen sein. Insofern wird auf die Erläuterungen im Abschnitt 2.1.1 dieses Rundschreibens (Seite 10ff) verwiesen.

Die Abrechnung von Aufbissbehelfen im Zusammenhang mit der Parodontalbehandlung bzw. der prothetischen Behandlung erfolgt zukünftig auf dem neuen Abrechnungsvordruck und nicht mehr auf dem Parodontalstatus bzw. dem Heil- und Kostenplan.

4.3 Kieferorthopädische Behandlung

4.3.1 Kieferorthopädischer Behandlungsplan

Der Behandlungsplan bleibt inhaltlich im wesentlichen erhalten. Auf folgende Änderungen wird hingewiesen:

- Im Abschnitt "Therapie" ist anzugeben, ob eine Frühbehandlung nach Nr. 8 a bis c der Kfo-Richtlinien oder eine frühe Behandlung nach Nr. 8 d der Kfo-Richtlinien geplant ist.
- Bei der Angabe der Behandlungsmaßnahmen nach den Nrn. 119 und 120 werden die auf Grund des Bewertungssystems ermittelten Punkte und der jeweilige Schwierigkeitsgrad der Behandlung angegeben. Die bisherigen Leistungsfelder für die Nrn. 119 und 120 sind daher entbehrlich.

Beispiel:

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchstabe
OK 119	3	1	5	1	3	13	c
UK 119	3	3	5	1	3	15	c
120	1	3	1	3	X	8	a

- Der Behandlungsplan sieht zukünftig für die Versendung ein Feld für die Anschrift des Mitgliedes vor.

4.3.2 Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen

Im Kfo-Abrechnungsschein wurden die Gebühren-Nummern entsprechend den Bema-Änderungen sowie die EDV-Nummern verändert.

Das Feld für die Anschrift des Mitgliedes wurde an das Vordruckende gesetzt, um die fensterumschlaggerechte Versendung zu verbessern.

Das neue KFO-Abrechnungsformular wird für alle Behandlungen, für die ab dem 01.01.2004 ein KFO-Behandlungsplan ausgestellt wird, verwendet.

Für alle KFO-Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein KFO-Behandlungsplan ausgestellt worden ist, wird für die Abrechnung von Leistungen bis zum 30.06.2004 noch das alte KFO-Abrechnungsformular in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung verwendet. Bei der Abrechnung dieser Fälle ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „A“ zu kennzeichnen.

Für alle Leistungen ab dem 01.07.2004 wird das neue KFO-Abrechnungsformular verwendet.

Vordruck "Behandlungsplan":

Name der Krankenkasse _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Vertragszahnarzt-Nr. _____ VK gültig bis _____ Datum _____

KFO-Behandlungsplan

KFO-Therapieänderung

KFO-Verlängerungsantrag

Behandlungsbeginn Quartal _____ Beginn der Verlängerung Quartal _____ Voraussichtliche Dauer Quartale _____

KIG-Einstufung _____

Anamnese

Diagnose

OK

UK

Bisslage

Therapie **Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c)** **Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d)**

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	

| voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

OK 119	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
UK 119							
120				X			

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

Geschätzte Material u. Laborkosten EUR _____

voraussichtl. Gesamtkosten EUR _____

Anschrift des **Mitgliedes** _____

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse** _____

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes** _____

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: % Anspruch besteht ab Quartal _____

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30169 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 92 73 44

SCHÜTZDRUCK 30169 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 92 73 44
Form-Nr. 2 131 104

Vordruck "Abrechnungsformular" (Rückseite):

Erläuterungen zu den Gebühren-Nummern

EDV-Nr.	Geb. Nr.	Leistungsbeschreibung	EDV-Nr.	Geb. Nr.	Leistungsbeschreibung	
001	Ä1	Beratung	341	120 a	Einstellung des Unterkiefers - einfach - mittelschwer - schwierig - besonders schwierig	
003	01k	Kieferorthopädische Untersuchung	342	120 b		
050	Ä 925 a } Ä 925 b } Ä 925 c }	Röntgen der Zähne	343	120 c		
051		- bis 2 Aufnahmen	344	120 d		
052		- bis 5 Aufnahmen				
053	Ä 925 d	Röntgenstatus - mehr als 8 Zähne	350	121	Beseitigung von Habits	
054	Ä 934 a } Ä 934 b }	Fernröntgenaufnahme	351	122 a	Kontrolle des Behandlungsverlaufs	
055			- eine Aufnahme - zwei Aufnahmen	352	122 b	Vorbereitende Maßnahmen
057	Ä 935 a } Ä 935 b } Ä 935 c }	Röntgen des Schädels	353	122 c	Einfügen des Behandlungsmittels	
058			- eine Aufnahme	361	123 a	Offenhalten von Lücken
059			- zwei Aufnahmen	362	123 b	Kontrolle eines Lückenhalters
060	Ä 935 d	Orthopantomogramm	364	124	Einschleifen von Milchzähnen	
061	Ä 928	Handröntgenaufnahme	365	125	Wiederherstellung des Behandlungsmittels	
103	12	Separieren von Zähnen	371	126 a	Eingliedern eines Brackets	
180	105	Mundbehandlung	372	126 b	Eingliedern eines Bandes	
181	106	Beseitigung scharfer Zahnkanten	373	126 c	Wiedereingliederung eines Bandes	
182	107	Zahnsteinentfernung	374	126 d	Entfernung eines Bandes, Brackets	
191	IP 1	Mundhygienestatus	377	127 a	Eingliederung eines Teilbogens	
192	IP 2	Mundgesundheitsaufklärung	378	127 b	Ausgliederung eines Teilbogens	
194	IP 4	Fluoridierung	381	128 a	Konfektionierter Vollbogen	
195	IP 5	Fissurenversiegelung	382	128 b	Individualisierter Vollbogen	
210	7a	Abformung beider Kiefer	383	128 c	Ausgliederung von Vollbögen	
310	5	Kfo-Behandlungsplan	389	129	Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens	
311	116	Fotografie	390	130	Verankerungsapparaturen u. ä.	
312	117	Modellanalyse	391	131 a	Gaumennahterweiterungsapparatur	
313	118	Kephalometrische Auswertung	392	131 b	Herbstscharnier	
321	119 a } 119 b } 119 c } 119 d }	Umformung des Oberkiefers	393	131 c	Gesichtsmaske	
322			- einfach	7700	70 (GOÄ)	Kurze Bescheinigung
323			- mittelschwer			
324			- besonders schwierig			
331	119 a } 119 b } 119 c } 119 d }	Umformung des Unterkiefers				
332			- einfach			
333			- mittelschwer			
334			- besonders schwierig			

Eintragung im Feld **Abschlag Nr.**

F = Frühbehandlung

V = Verlängerungsantrag

E = Neuanfertigung von Behandlungsgeräten

4.4 Systematische Behandlung von Parodontopathien

4.4.1 Planung der systematischen Par-Behandlung

Der bisherige Vordruck mit Vorder- und Rückseite wird durch die neuen jeweils einseitigen Vordrucke "Parodontalstatus, Blatt 1" und "Parodontalstatus, Blatt 2" ersetzt. Vor Beginn der Behandlung hat der Zahnarzt beide Blätter des Parodontalstatus zu erstellen und der Krankenkasse zuzusenden. Bei einer Begutachtung erhält der Vertragsgutachter zukünftig beide Blätter des Parodontalstatus für seine gutachterliche Stellungnahme. Das bisherige Gutachterverfahren wird inhaltlich nicht verändert.

Parodontalstatus, Blatt 1

Folgende Änderungen sind hervorzuheben:

- Die Angaben zur Vorgeschichte, zum Befund und zur Diagnose erfolgen in der Regel durch Ankreuzen, in einigen Fällen durch Eintragen. Die bisherigen Texte wurden im Hinblick auf den Stand der Zahnmedizin aktualisiert.
- Eingefügt wird ein Feld mit der Anschrift der Krankenkasse, um die fensterumschlaggerechte Versendung zu verbessern.
- Der Vordruck kann zukünftig auch für Therapieergänzungen verwendet werden. Auf die Erläuterungen hierzu an anderer Stelle dieses Rundschreibens (siehe 4.4.3, Seite 124f) wird verwiesen.

Parodontalstatus, Blatt 2

Dieser Vordruck ist nunmehr im Hochformat gestaltet. Er enthält das bisherige Zahnschema und ist für die Abrechnung zu verwenden.

- Die Eintragungen im Zahnschema richten sich nicht mehr nach der bisherigen Anleitung zum Parodontalstatus, sondern nach den Hinweisen auf dem Parodontalstatus, Blatt 2, die neben dem Krankenversichertenkartenfeld gedruckt sind. Die erforderlichen Angaben wurden deutlich gestrafft und berücksichtigen nur noch das Notwendige. Darüber hinaus ge-

hende, vom Zahnarzt festgestellte Befunde können in der Patientenkartei dokumentiert werden.

- Die Sondiertiefen werden wie bisher mesial-distal oder fazial-oral eingetragen.
- Der Grad des Furkationsbefalls und der Grad der Zahnlockerung sind in die Zahnbilder einzutragen.
- Fehlende Zähne sind durchzukreuzen.
- Rezessionen sind in den dafür vorgesehenen Zeilen im Parodontalbefund anzugeben, auch wenn die Behandlung von Rezessionen nach den Richtlinien nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört.
- Es ist in den dafür vorgesehenen Zeilen zahnbezogen anzugeben, ob eingeschlossenes oder offenes Vorgehen geplant ist.
- Die Anzahl der geplanten Leistungen ist einzutragen. Ggf. erforderliche Aufbissbehelfe (Nrn. K 1 bis K 4) werden nicht auf dem Parodontalstatus vermerkt, sondern sind im Behandlungsplan "Kiefergelenkserkrankungen" einzutragen.
- Der Parodontalstatus, Blatt 2, beinhaltet nunmehr ein Feld für die Stellungnahme des Gutachters.

4.4.2 Abrechnung der systematischen Par-Behandlung

Die Abrechnung dieser Leistung erfolgt auf dem Vordruck "Parodontalstatus, Blatt 2". Die Abrechnung erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Leistungen nach den von den KZVen bestimmten Terminen. Der Vordruck enthält zukünftig das Datum der Planerstellung und des Behandlungsendes. Damit stehen der KZV bei der Abrechnung alle erforderlichen Angaben zur Verfügung, um den korrekten Punktwert zu ermitteln.

Die Abrechnung erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Behandlung, unabhängig davon, ob eine spätere Therapieergänzung erforderlich wird.

4.4.3 Therapieergänzung

Trotz einer sorgfältigen Planung der Par-Behandlung kann es sein, dass zusätzlich zum geschlossenen Vorgehen später ein offenes chirurgisches Vorgehen an einzelnen Zähnen erforderlich wird. Derartige Therapieergänzungen, die sich nur auf die Nrn. P 202, P 203 und 111 beziehen, sind möglich, und zwar innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten nach dem Abschluss der zunächst geplanten Par-Behandlung. Die Angaben zur Vorgeschichte, zum Befund und zur Diagnose werden nicht eingetragen. Das Datum der Erstellung des ursprünglichen Par-Status ist anzugeben.

Bei der Planung der Therapieergänzungen wird der Vordruck "Parodontalstatus, Blatt 1" verwendet.

Die Krankenkasse hat die Möglichkeit, eine Therapieergänzung begutachten zu lassen. Sofern die Krankenkasse dem Zahnarzt innerhalb von 14 Tagen keine Information über die Einleitung einer Begutachtung zuleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt.

Die ergänzenden Leistungen werden getrennt von den ursprünglich geplanten Maßnahmen auf einem Vordruck "Parodontalstatus, Blatt 2" abgerechnet. Dabei sind nur die Nrn. P 202, P 203 oder 111 abrechnungsfähig.

Vordruck "Parodontalstatus, Blatt 1":

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (05 11) 3273 44

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Name der Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kassen-Nr.</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Vertragszahnarzt-Nr.</td> <td>VK gültig bis</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Name der Krankenkasse			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	<h2 style="text-align: center; margin: 0;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Behandlungsplan <input type="checkbox"/> Therapieergänzung </div>
Name der Krankenkasse																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status														
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum														
Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen																
<p>Allgemeine Vorgeschichte</p> <p>Diabetes mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>Bluterkrankungen (z. B. Leukämie) <input type="checkbox"/></p> <p>HIV-Infektion <input type="checkbox"/></p> <p>Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporose <input type="checkbox"/></p> <p>Tabakkonsum <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>Diagnose</p> <p>Chronische Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Agressive Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen <input type="checkbox"/></p> <p>Nekrotisierende Parodontalerkrankung <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontalabszess <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingiva- und Weichgewebswucherung <input type="checkbox"/></p> <p>ergänzende Angaben zur Diagnose</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>															
<p>Familienvorgeschichte</p> <p>Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren <input type="checkbox"/></p>	<p>Therapieergänzung (ggf. eintragen):</p> <p>Behandlungsplan vom <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 10%;">Anz.</th> <th style="width: 80%;">Zahnangabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P202</td> <td><input type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>P203</td> <td><input type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>111</td> <td><input type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe	P202	<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	P203	<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	111	<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>			
Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe														
P202	<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>														
P203	<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>														
111	<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>														
<p>Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/></p> <p>Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleischs <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnwanderungen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnverlust durch Zahnlockerung <input type="checkbox"/></p> <p>Frühere Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe des Jahres <input style="width: 50px;" type="text"/> ca.</p>	<p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>															
<p>Befund</p> <p>Marginales Parodontium <input type="checkbox"/></p> <p>Bluten auf Sondieren <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 150px;">generell <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 150px;">lokalisiert <input type="checkbox"/></p> <p>Subgingivaler Zahnstein <input type="checkbox"/></p> <p>Taschensekretion <input type="checkbox"/></p> <p>Folgen von Parafunktionen <input type="checkbox"/></p> <p>Abrasionen / Schliff-Flächen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz</p> <p>Festsitzend <input style="width: 50px;" type="text"/> Angabe des Jahres ca.</p> <p>Herausnehmbar <input style="width: 50px;" type="text"/> Angabe des Jahres ca.</p>	<p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> nicht übernommen. <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>															
<p>Anschrift Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>																



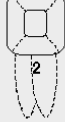
SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (05 11) 3273 44
Vertr.Nr. Z.500H 1.04

Vordruck "Parodontalstatus, Blatt 2":

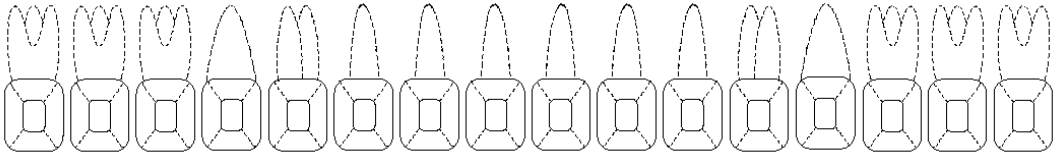
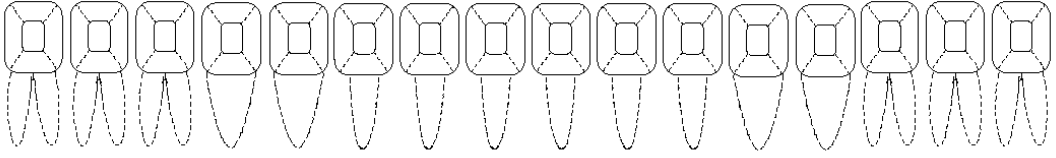
Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

PARODONTALSTATUS Blatt 2

Hinweise zum Ausfüllen

- Die Sondiertiefen der Zahnfleischtaschen sind in mm mesial-distal oder facial-oral einzutragen: 
- Der Grad (I, II, III) der Zahnlockerung ist in das zentrale Feld des Zahnbildes einzutragen: 
- Der Grad (1,2,3) des Furkationsbefalls ist wie folgt einzutragen: 
- Fehlende Zähne sind durchzukreuzen.
- Rezessionen sind in mm einzutragen.
- Einzutragen ist, ob ein geschlossenes oder offenes Vorgehen geplant ist.
- Wird dieser Vordruck für die Abrechnung einer Therapieergänzung verwendet, sind nur die Nummern P202, P203 oder 111 abrechnungsfähig.

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44

Rezessionen																			Rezessionen
Geschl. Vorgehen																			Geschl. Vorgehen
Offenes Vorgehen																			Offenes Vorgehen
Oberkiefer																			
																			
rechts										links									
																			
Unterkiefer																			
Offenes Vorgehen																			Offenes Vorgehen
Geschl. Vorgehen																			Geschl. Vorgehen
Rezessionen																			Rezessionen

Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	
P200	
P201	
P202	
P203	
108	
111	

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Gutachten

Gutachterlich befürwortet

Gutachterlich nicht befürwortet (Begründung auf besonderem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**

Abrechnung

Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Anz. x Pkt.
4			
P200			
P201			
P202			
P203			
108			
111			

Summe x Punktwert = Honorar €

sonstige Kosten €

Abschluss der Behandlung, Datum

Datum, Unterschrift des **Zahnarztes**

SCHÜTZDRUCK 2009 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44
Medi-File Z 600 - 1,04

4.5 Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Der Vordruck "Heil- und Kostenplan" ändert sich grundsätzlich nicht.

Auf folgende Änderungen wird hingewiesen:

- Im Zahnschema sind zukünftig als Befund auch Implantate anzugeben. Sie werden dann mit "i" gekennzeichnet.
- Im Zahnschema sind im Behandlungsplan die geplanten Leistungen wie bisher mit Buchstaben zu kennzeichnen.
Neu sind folgende Kennzeichen:
A = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)
O = Geschiebe
Das Kennzeichen für Stege und Verblockungen entfällt, da diese nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören.
- Bei der Planung von Einzelkronen ist zukünftig der Befund einzutragen. Dies ist notwendig, da die Zahnersatz-Richtlinien die Erhebung eines Gesamtbefundes vor einer Versorgung sowie eine Sollbegutachtung vorsehen, wenn eine Versorgung mit mehr als zwei Einzelkronen je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich geplant ist.

