

# Referentenentwurf

## einer Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom

Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225) verordnet die Bundesregierung:

### Artikel 1 Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Art. 18 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"Abweichende Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen zur Gebührenhöhe".

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden."

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen."

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort "muss" die Wörter "neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch" eingefügt.

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Leistungen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Therapie- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden."

bb) In Satz 3 wird die Angabe "§ 6 Abs. 2" durch die Angabe "§ 6 Abs. 1" ersetzt.

e) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

"(4) Für Leistungen nach Abschnitt A III sowie für die Leistung nach Nummer 2 des Gebührenverzeichnisses ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat-zahnärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig."

2. Nach § 2 wird folgender § 2a eingefügt:

#### " § 2a

##### Abweichende Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen nach Maßgabe von Verträgen mit den Kostenträgern

(1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann die Vergütung zahnärztlicher Leistungen nach Maßgabe von Verträgen nach Satz 2 abweichend von dieser Verordnung festgelegt werden. Zahnärzte oder Gruppen von Zahnärzten können in Verträgen mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften eine von dieser Verordnung abweichende Vergütung zahnärztlicher Leistungen vorsehen und das Nähere zur Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen vereinbaren. Die Bundeszahnärztekammer oder zahnärztliche Verbände können mit dem Verband der privaten Kranken-

versicherung, Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften Rahmenempfehlungen zu Verträgen nach Satz 2 schließen.

(2) Die in einem Vertrag nach Absatz 1 Satz 2 festgelegte Vergütung gilt im Einzelfall erst, wenn der Zahlungspflichtige der Anwendung des Vertrages dem Zahnarzt gegenüber vor Erbringung der Leistung in einem Schriftstück, in dem über den wesentlichen Inhalt des Vertrages, dessen Vertragsparteien und das Widerrufsrecht des Zahlungspflichtigen nach Satz 2 informiert wird, zugestimmt hat. Der Zahlungspflichtige kann seine Zustimmung innerhalb von einer Woche widerrufen, mit der Folge, dass für Leistungen des Gebührenverzeichnisses, die im Zeitpunkt des Widerrufs noch nicht abgeschlossen sind, die Vergütungen nach dieser Verordnung zu berechnen sind. Mit der Zustimmung des Zahlungspflichtigen sind der Zahlungspflichtige und der Zahnarzt mindestens ein Jahr an die Anwendung des Vertrages gebunden; danach kann die Anwendung des Vertrages von beiden Seiten mit einer Frist von vier Wochen gekündigt werden. Notfall-, und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 abhängig gemacht werden.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für Verträge, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit Krankenhausträgern oder Gruppen von Krankenhausträgern über die Vergütung stationärer privatärztlicher Leistungen abschließen. Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 Satz 3 können von der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder Verbänden von Krankenhausträgern mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften abgeschlossen werden."

3. In § 3 wird das Wort "Wegegeld" durch das Wort "Entschädigungen" ersetzt.
4. § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

"Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte."
  - b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort "Apparaten" die Wörter "sowie für Lagerhaltung" eingefügt.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe "5, 62421" durch die Angabe "5,65" ersetzt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

"Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert.

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Dabei ist insbesondere der im konkreten Fall benötigte Zeitaufwand im Vergleich zum durchschnittlich notwendigen Zeitaufwand zu berücksichtigen."

bb) Im bisherigen Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: "dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen."

cc) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:

"Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen."

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Gebühren für die in Abschnitt A III sowie für die in Nummer 2 des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 5 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,8fache des Gebührensatzes tritt."

6. § 5a wird aufgehoben

7. § 6 wird wie folgt gefasst:

"§ 6

Gebühren für andere Leistungen

(1) Selbständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.

(2) Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den Abschnitten B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI, C I, C II unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet werden wird, E V und E VI, J, L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074,, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX, M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715, N unter der Nummer 4852, O unter den Nummern 5060 und 5260 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind, sind die Vergütungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist oder nach Absatz 1 Satz 1 berechnet werden kann."

8. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Gebühren" die Wörter "einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge" eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort "Leistungen" die Wörter "und Zuschläge" eingefügt.

cc) Folgender Satz 3 wird angefügt:

"Ausgenommen von dieser Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte."

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

"(2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Zahnarzt Kosten nicht berechnen; die §§ 8 und 9 bleiben unberührt."

9. § 8 wird wie folgt gefasst:

### "§8 Entschädigungen

(1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld oder Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

(2) Der Zahnarzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Zahnarztes von

1. bis zu zwei Kilometern 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro,
2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 8,00 Euro, bei Nacht 12,30 Euro,
3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro,
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40 Euro, bei Nacht 30,70 Euro.

Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- und Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

(3) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Zahnarztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung erhält der Zahnarzt

1. 0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,

2. bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

10. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

"(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag in Textform des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 150 Euro überschreiten. Der Kostenvoranschlag muss Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise auflisten sowie die Berechnungsgrundlage und den Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen angeben. Der Inhalt des Kostenvoranschlags ist dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich zu unterrichten."

11. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Nummer 2 werden nach dem Wort "Zahnes" die Wörter "und einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer" eingefügt.
  - bb) In Nummer 3 werden nach dem Wort "stationäre" die Wörter ", teilstationäre sowie vor- und nachstationäre" eingefügt.
  - cc) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

"4. bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,"

- dd) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25 Euro, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen."

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird."

- bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

"Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend."

- c) In Absatz 4 wird die Angabe "§ 6 Abs. 2" durch die Angabe "§ 6 Abs. 1" ersetzt.

- d) Nach Absatz 5 werden folgende Absätze angefügt:

"(6) Mit der Ausstellung der Rechnung darf ein Dritter nur beauftragt werden, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt der erforderlichen Datenübermittlung schriftlich zustimmt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbindet.

(7) Der Zahnarzt kann mit dem Zahlungspflichtigen bei einem voraussichtlich entstehenden Gesamtrechnungsbetrag von über 5.000 Euro bezogen auf einen Behandlungszeitraum von drei Monaten eine Vorauszahlung in Höhe von bis zu 30 Prozent des voraussichtlich entstehenden Gesamtrechnungsbetrages vereinbaren."

12. § 11 wird wie folgt gefasst:

"§ 11  
Übergangsvorschrift

Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem ... (einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieser Verordnung) geltenden Fassung gilt weiter

1. für Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom ... (einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieser Verordnung) erbracht worden sind,
2. für vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom ... (einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieser Verordnung) begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523, 531 bis 534 und 603 bis 608 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenverordnung für Zahnärzte in der vor dem ... (einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieser Verordnung) geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom ... (einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieser Verordnung) beendet werden."

13. § 12 wird aufgehoben.

14. Die Anlage wird wie folgt gefasst:

## "Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

### A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

#### I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

##### Allgemeine Bestimmungen

1. Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial, Material für plastische Parodontalverbände, Gewebekleber, Inserts, Nadel-Faden-Kombination, Osteosynthesematerial ist gesondert berechnungsfähig.  
  
Bei operativen Eingriffen, die mit einer umfangreichen Freilegung von Knochengewebe oder Weichteilgewebe verbunden sind, wie z.B. der externen Sinusbodenelevation, der Knochenblockentnahme, der Knochenspreizung und der vertikalen Distraction des Alveolarfortsatzes, sind die Kosten für ein chirurgisches Abdeckset zur einmaligen Verwendung gesondert berechnungsfähig.
2. Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten A II, A III sowie B bis K innerhalb von vier Wochen nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes für die Behandlung derselben Erkrankung einmal berechnungsfähig. Weitere Leistungen nach der Nummer 1 sind innerhalb des genannten Zeitraumes ab der dritten Inanspruchnahme des Zahnarztes berechnungsfähig.
4. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 5 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5 und/oder 6 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.
5. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
6. Bei Therapie- und Kostenplänen sind die voraussichtlich zu erbringenden zahnärztlichen Leistungen mit der Nummer und der Bezeichnung der einzelnen Leistungen sowie dem jeweiligen Betrag und dem Steigerungssatz anzugeben.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
1	<p>Beratung, auch telefonisch</p> <p><i>1. Eine Leistung nach Nummer 1 ist nicht neben Leistungen aus dem Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte berechnungsfähig, wenn diese Leistungen in einer Sitzung erbracht werden.</i></p> <p><i>2. Eine Leistung nach Nummer 1 ist im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung nur berechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.</i></p>	81
2	<p>Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder zahnärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Zahnarzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Zahnarztes</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Zahnarztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.</i></p>	30
3	<p>Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch telefonisch</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung in der Sitzung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 5 oder 6.</i></p> <p><i>2. Eine mehr als einmalige Berechnung innerhalb eines Monats bedarf einer besonderen Begründung.</i></p>	150
4	<p>Beratung unter Einbeziehung von Bezugspersonen</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 3 oder 12 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Die Leistung nach Nummer 4 ist nur berechnungsfähig, wenn die Dauer der Beratung mindestens 15 Minuten betragen hat.</i></p> <p><i>3. Die Leistung nach Nummer 4 ist höchstens einmal je Kalendervierteljahr berechnungsfähig.</i></p>	220
5	<p>Symptombezogene Untersuchung</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 5 ist neben der Leistung nach den Nummern 6, 600, 100, 400, 620, 700 und 800 nicht berechnungsfähig.</i></p>	81
6	<p>Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, gegebenenfalls einschließlich Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke, einschließlich Erhebung des klinischen Gingivalbefundes, einschließlich Dokumentation</p> <p><i>1. Eine Leistung nach Nummer 6 kann neben der Leistung nach Nummer 105 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden.</i></p> <p><i>2. Eine Leistung nach Nummer 6 ist im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung nur berechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.</i></p>	108
10	<p>Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde und/oder bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr)</p> <p><i>1. Der Zuschlag nach Nummer 10 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Er darf unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Zahnarztes nur einmal berechnet werden.</i></p> <p><i>2. Wird eine dringend notwendige zahnärztliche Leistung ausgeführt, so ist der</i></p>	182

	<p>Zuschlag nach Nummer 10 nur berechnungsfähig, sofern der Zahnarzt 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.</p> <p>3. Bei Leistungen außerhalb der Sprechstunde (nicht an Sonn- und Feiertagen und bei Nacht) ist die Uhrzeit anzugeben.</p> <p>4. Der Zuschlag nach Nummer 10 ist neben Leistungen nach Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig.</p>	
11	<p>Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen</p> <p>1. Der Zuschlag nach Nummer 11 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Er darf unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Zahnarztes nur einmal berechnet werden.</p> <p>2. Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Nummer 11 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.</p> <p>3. Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, so ist neben dem Zuschlag nach Nummer 11 ein Zuschlag nach Nummer 10 berechnungsfähig.</p> <p>4. Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 8 und 20 Uhr erbracht, so ist neben dem Zuschlag nach Nummer 11 ein Zuschlag nach Nummer 10 nicht berechnungsfähig.</p> <p>5. Die Zuschläge nach den Nummern 10 und/oder 11 dürfen von Krankenhauszahnärzten nur berechnet werden, wenn die Leistungen von dem liquidationsberechtigten Zahnarzt oder dessen im Behandlungsvertrag oder der Wahlleistungsvereinbarung genannten Vertreter und in der Zeit zwischen 20 und 8 Uhr persönlich erbracht worden sind.</p> <p>6. Der Zuschlag nach Nummer 11 ist neben Leistungen nach Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig.</p>	245
12	<p>Zuschlag zu Leistungen nach den Abschnitten C und D bei Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr</p> <p>Der Zuschlag nach Nummer 12 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Er darf unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Zahnarztes nur einmal berechnet werden.</p>	120
13	<p>Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskopes in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 250, 252, 330, 331, 332, 429, 430, 810 und 815</p> <p>Der Zuschlag nach Nummer 13 ist je Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</p>	400
14	<p>Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei chirurgischen, endodontischen oder parodontalen Behandlungen, je Sitzung</p> <p>Der Zuschlag nach Nummer 14 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 68 €.</p> <p>Der Zuschlag nach Nummer 14 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</p>	
20	<p>Erhebung des Parodontalen Screening Index (PSI)</p> <p>Eine Leistung nach Nummer 20 höchstens zweimal im Kalenderjahr berechnungsfähig</p>	90
21	<p>Gewinnung von Zellmaterial aus der Mundhöhle insbesondere mittels Bürstenabstrich zum Zweck der Frühdiagnostik von Karzinomen und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung, einschließlich Materialkosten, gegebenenfalls einschließlich Bilddokumentation des Befundes</p> <p>Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal</p>	180

	<i>berechnungsfähig. Dies gilt nicht für Patienten mit Erythroplakie, Leukoplakie, Lichen planus oder einer anderen malignitätsverdächtigen Schleimhautveränderung.</i>	
22	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung –  <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	40
23	Sensibilitätstestung eines oder mehrerer Zähne, einschließlich Vergleichstest, je Sitzung	54
24	Behandlung überempfindlicher Zähne, auch Glattflächenversiegelung, je Kiefer und Sitzung	54
30	Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans auf Anforderung	90
31	Abformung eines Kiefers für ein Situationsmodell, auch Teilabformung, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	80
32	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bißfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung  <i>1. Die Leistungen nach den Nummern 31 und 32 sind nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen oder prothetischen Behandlung berechnungsfähig.</i>  <i>2. Eine Leistung nach den Nummern 31 und 32 ist bei allen nach der Planung notwendig werdenden Abformungsmaßnahmen nur dann berechnungsfähig, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laborkosten abgerechnet werden.</i>	171
40	Semipermanente Schienung , je Interdentalraum	99
41	Wiederanlegung (Ausgliedern und Wiedereingliedern) und/oder Änderung und/oder Entfernung einer semipermanenten Schienung nach der Leistung nach Nummer 40, je Interdentalraum	50

## II. Anästhesieleistungen

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
50	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30
51	Infiltrationsanästhesie, einmal je Zahn und Sitzung  <i>1. Bei lang dauernden Eingriffen ist die Leistung nach Nummer 51 zweimal je Zahn und Sitzung berechnungsfähig.</i>  <i>2. Werden im Ausnahmefall zwei nebeneinanderstehende Zähne intraligamentär anästhesiert, so ist die Leistung nach Nummer 51 je Zahn einmal berechnungsfähig.</i>	72
52	Leitungsanästhesie intraoral, je Kieferhälfte und Sitzung	108
53	Leitungsanästhesie extraoral, je Kieferhälfte und Sitzung  <b>Zu den Leistungen nach den Nummern 50 bis 53:</b>  <i>1. Mit der Gebühr sind die Kosten für die verwendeten Einmalartikel und Arzneimittel abgegolten.</i>  <i>2. Bei lang dauernden Eingriffen sind die Leistungen nach den Nummern 52 oder 53 zweimal je Kieferhälfte und Sitzung berechnungsfähig.</i>	144

### III. Röntgenleistungen

#### Allgemeine Bestimmungen

1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.
2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.
3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.
5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige zahnärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der folgenden Leistungen und mit den Gebühren abgegolten.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
60	Röntgendiagnostik der Zähne, eine Aufnahme  <i>Die Leistung nach der Nummer 60 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Eine bei unterschiedlicher klinischer Situation im Rahmen endodontischer oder chirurgischer Behandlung in derselben Sitzung erbrachte Röntgenaufnahme ist nach der Nummer 60 berechnungsfähig.</i>	70
61	Röntgendiagnostik der Zähne, jede weitere Aufnahme  <i>Die Leistung nach der Nummer 61 ist je Sitzung höchstens neunmal berechnungsfähig. Die mehr als siebenmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 61 ist zu begründen.</i>	50
62	Bestimmung des Skeletalters, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung, gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße	300
63	Aufnahme des Schädels, eine Aufnahme (auch Fernröntgenaufnahme)	197
64	Aufnahme des Schädels, zwei Aufnahmen	311
65	Aufnahme des Schädels, mehr als zwei Aufnahmen	373
66	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, eine Aufnahme	218
67	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, zwei Aufnahmen	259
68	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, mehr als zwei Aufnahmen	321
70	Orthopantomogramm, auch als Teilaufnahmen, sowie Panoramaschichtaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers oder transversale Schichtaufnahmen  <b>Zu den Leistungen nach den Nummern 60 und 61 sowie 63 bis 70:</b>  <i>1. Bis zu drei nebeneinanderstehende Zähne oder das Gebiet ihrer Wurzelspitzen sind - soweit dies nach den individuellen anatomischen Verhältnissen oder technischen Gegebenheiten möglich ist - mit einer Aufnahme zu erfassen.</i>  <i>2. Bissflügelaufnahmen zur Kariesfrüherkennung sind nach der Leistung nach Nummer 60 oder 61 berechnungsfähig.</i>	373

75	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 60 bis 70 bei Anwendung digitaler Röntgentechnik  Der Zuschlag beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.	
80	Computergesteuerte Analyse einer Computertomographie oder Magnetresonanztomografie, einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion, insbesondere zur Operationsvorbereitung  <i>Die Leistung nach Nummer 80 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	800
81	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich, auch digitale Volumen Tomographie	1500

## B. Prophylaktische Leistungen

### Allgemeine Bestimmung

Prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B sind nur bei Einzelunterweisung (Individualprophylaxe) berechnungsfähig; bei Gruppenunterweisung (Gruppenprophylaxe) sind sie nicht berechnungsfähig.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
100	<p>Mundhygienestatus</p> <p>Die Erhebung des Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene und/oder des Gingivazustands anhand eines oder mehrerer geeigneter Indizes (z. B. Approximalraum-Plaqueindex, Quigley-Hein-Index, Papillenblutungsindex), die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen und ggf. das Anfärben der Zähne.</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 100 ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens zweimal berechnungsfähig. Dies gilt nicht für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit einem anhand eines geeigneten Index gemessenen hohen Kariesrisiko sowie für Risikogruppen, wie zum Beispiel Patienten mit dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorerkrankung oder deren Behandlung, Patienten mit Störungen der Schmelz- oder Dentinbildung, Patienten mit Diabetes mellitus.</i></p> <p><i>2. Die Leistung nach Nummer 100 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und 6 nicht berechnungsfähig.</i></p>	180
101	<p>Mundgesundheitsaufklärung über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation.</p> <p>Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst in der Regel folgende Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärung über Ursachen von Karies und Gingivitis sowie deren Vermeidung</li> <li>- ggf. Ernährungshinweise und Mundhygieneberatung, auch unter Berücksichtigung der Messwerte der gewählten Mundhygiene-Indizes</li> <li>- Empfehlungen zur Anwendung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung ggf. Abgabe/Verordnung von Fluoridtabletten</li> <li>- praktische Übung von Mundhygienetechniken.</li> </ul> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 101 ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens zweimal berechnungsfähig. Dies gilt nicht für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit einem anhand eines geeigneten Index gemessenen hohen Kariesrisiko sowie für Risikogruppen, wie zum Beispiel Patienten mit dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorerkrankung oder deren Behandlung, Patienten mit Störungen der Schmelz- oder Dentinbildung, Patienten mit Diabetes mellitus.</i></p> <p><i>2. Die Leistung nach Nummer 101 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1,3, und 4 nicht berechnungsfähig.</i></p>	153
102	<p>Ist bei der Erbringung der Leistung nach der Nummer 101 die Einbeziehung einer Bezugsperson notwendig, so ist die Hälfte der Gebühr nach der Nummer 101 zusätzlich berechnungsfähig.</p>	

103	<p>Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung oder -behandlung, einschließlich Entfernen der weichen Zahnbeläge und Trockenlegung der Zähne, je Sitzung</p> <p><i>1. Die Leistung nach der Nummer 103 ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens viermal berechnungsfähig. Dies gilt nicht für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit einem anhand eines geeigneten Index gemessenen hohen Kariesrisiko sowie für Risikogruppen, wie zum Beispiel Patienten mit dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorerkrankung oder deren Behandlung, Patienten mit Störungen der Schmelz- oder Dentinbildung, Patienten mit Diabetes mellitus.</i></p> <p><i>2. Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Fluoridierungsmittel abgegolten.</i></p> <p><i>3. Neben einer Leistung nach Nummer 103 ist eine Leistung nach Nummer 24 nicht berechnungsfähig.</i></p>	138
104	<p>Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen mit aushärtenden Kunststoffen, einschließlich Entfernen der weichen Zahnbeläge und Trockenlegung der zu versiegelnden Zähne je Zahn</p> <p><i>1. Mit der Gebühr sind die Kosten für das Versiegelungsmaterial abgegolten.</i></p> <p><i>2. Das Anlegen von Spanngummi bei Fissurenversiegelung ist nach Nummer 202 berechnungsfähig.</i></p>	152
105	<p>Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes bis zum 72. Lebensmonat</p> <p>Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen enthalten folgende Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung</li> <li>- Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmft-Indexes</li> <li>- Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene</li> <li>- Empfehlung und ggf. Verordnung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung.</li> </ul> <p><i>1. Neben der Leistung nach Nummer 105 sind Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 100 und 101 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Die Leistung nach Nummer 105 ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p>	225
106	<p>Kariesrisikobestimmung</p> <p>Die Kariesrisikobestimmung enthält folgende Leistungen:</p> <p>Feststellung des DMF/T oder DMS/S- Wertes, Vergleich mit Durchschnittswerten, Compliance, Auswertung von mindestens zwei individuell erforderlichen Speicheltests</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 106 ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Die Leistung nach Nummer 106 ist bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr nicht berechnungsfähig.</i></p>	80

107	<p>Kariesmonitoring</p> <p>Kontrolle des Kariesstadiums insbesondere bei Initialläsionen</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 107 ist innerhalb von zwölf Monaten nach Erbringung der Leistung nach Nummer 106 höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Die Leistung nach Nummer 107 ist bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr nicht berechnungsfähig.</i></p>	40
110	<p>Lokale Anwendung von Chlorhexidin oder anderen geeigneten Mitteln zur Kariesvorbeugung oder –behandlung ohne Schiene oder ohne konfektionierten Löffel, einschließlich Entfernung der weichen Zahnbeläge und Trockenlegung der Zähne und/oder Entfernung des Medikamentes, je Sitzung</p> <p><i>1. Die Leistung nach der Nummer 110 ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens dreimal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Arzneimittel abgegolten.</i></p> <p><i>3. Neben einer Leistung nach Nummer 110 ist eine Leistung nach Nummer 24 nicht berechnungsfähig.</i></p>	131
111	<p>Lokale Anwendung von Chlorhexidin oder anderen geeigneten Mitteln zur Kariesvorbeugung oder –behandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer</p> <p><i>1. Innerhalb eines Kalenderjahres sind höchstens dreißig Sitzungen berechnungsfähig. Die Behandlung erfolgt in der Regel in Form von Behandlungsserien mit jeweils 10 Sitzungen innerhalb von 14 Tagen.</i></p> <p><i>2. Die Herstellung einer individuell angefertigten Schiene als Medikamententräger (z.B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig.</i></p> <p><i>3. Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Arzneimittel abgegolten.</i></p> <p><i>4. Die Anwendung eines konfektionierten Löffels als Medikamententräger erfüllt nicht den Leistungsinhalt der Leistung nach Nummer 111.</i></p>	40
112	<p>Eingliederung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, auch individuell gefertigte Fluoridierungsschiene, einschließlich Unterweisung des Patienten in der Anwendung der Schiene</p>	270
120	<p>Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächenpolitur und geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen (professionelle Zahnreinigung), je Zahn, oder Implantat</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 120 ist neben den Leistungen nach den Nummern 103, 410, 411 und 440 nicht berechnungsfähig.</i></p>	27,2

### C. Konservierende Leistungen

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
200	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität (temporäre Füllung)	171
201	Besondere Maßnahmen beim Präparieren und/oder Füllen (z.B. Separieren, Verdrängen und/oder Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich  <i>1. Für das Separieren von Zähnen auch bei kieferorthopädischer Behandlung ist die Leistung nach Nummer 201 berechnungsfähig.</i>  <i>2. Die Leistung nach Nummer 201 ist je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	90
202	Anlegen von Spanngummi, je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich  <i>Wird im Rahmen einer endodontischen Behandlung das vollständige Anlegen von Spanngummi zur Anfertigung von Röntgenaufnahmen mehr als einmal erforderlich, so kann die Leistung nach Nummer 202 bis zu zweimal je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnet werden.</i>	90
205	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial gegebenenfalls einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren, einflächig	245
206	Politur einer Füllung nach Nummer 205 in einer gesonderten Sitzung	43
207	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial gegebenenfalls einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren, zweiflächig	298
208	Politur einer Füllung nach Nummer 207 in einer gesonderten Sitzung	53
209	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial gegebenenfalls einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren, dreiflächig	375
210	Politur einer Füllung nach Nummer 209 in einer gesonderten Sitzung	66
211	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial gegebenenfalls einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante auch Höckeraufbau im Seitenzahnbereich	444
212	Politur einer Füllung nach Nummer 211 in einer gesonderten Sitzung	78
215	Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik im Seitenzahnbereich (Konditionierung der Zahnhartsubstanzen), ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, Farbanpassung, Mehrfarbentechnik, Lichtaushärtung, Verwendung von Inserts oder konfektionierten Inlays, zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 205 (plastische Füllung einflächig)	210
216	Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik im Seitenzahnbereich (Konditionierung der Zahnhartsubstanzen), ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, Farbanpassung, Mehrfarbentechnik, Lichtaushärtung, Verwendung von Inserts oder konfektionierten Inlays, zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 207 (plastische Füllung zweiflächig)	304
217	Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik im Seitenzahnbereich (Konditionierung der Zahnhartsubstanzen), ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, Farbanpassung,	425

	Mehrfarbertechnik, Lichtaushärtung, Verwendung von Inserts oder konfektionierten Inlays, zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 209 (plastische Füllung dreiflächig)	
218	<p>Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik im Seitenzahnbereich (Konditionierung der Zahnhartsubstanzen), gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, Farbanpassung, Mehrfarbertechnik, Lichtaushärtung, Verwendung von Inserts oder konfektionierten Inlays, zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 211 (plastische Füllung mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante)</p> <p><b>Zu den Leistungen nach den Nummern 205 bis 218:</b></p> <p>1. Neben den Leistungen nach den Nummern 205 oder 207 ist die Leistung nach Nummer 220 nicht berechnungsfähig.</p> <p>2. Bei Erbringung von Füllungsleistungen im Rahmen einer Behandlung nach § 28 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Mehrkostenregelung) im Seitenzahnbereich sind lediglich die Leistungen nach den Nummern 215 bis 218 berechnungsfähig.</p> <p>3. Die Umformung eines Zahnes im direkten Verfahren ist nach der entsprechenden Leistung nach den Nummern 205 bis 218 mit 75 v.H. der Gebühr berechnungsfähig.</p> <p>4. Die Leistungen nach den Nummern 205 bis 211 umfassen im Frontzahnbereich auch die in den Leistungen nach den Nummern 215 bis 218 beschriebenen Zusatzleistungen (Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik). Dies gilt nicht für die Verwendung der Mehrfarbertechnik zur ästhetischen Optimierung. In diesen Fällen kann im Frontzahnbereich ein Drittel der jeweiligen Leistung nach den Nummern 215 bis 218 neben der Leistungen nach den Nummern 205 bis 211 berechnet werden. In der Rechnung ist die Verwendung der Mehrfarbertechnik zur ästhetischen Optimierung zu vermerken.</p>	462
220	<p>Stiftverankerung einer Füllung, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 209, 211, 217 und 218, je Zahn,</p> <p><i>Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.</i></p>	117
221	<p>Präparieren einer Kavität und Füllen mit Metallfolie (gehämmerte Füllung) einschließlich Unterfüllung, Polieren</p> <p><i>Die Kosten für die Metallfolie sind gesondert berechnungsfähig.</i></p>	950
225	<p>Reparatur einer Füllung nach den Nummern 205 bis 218</p> <p><i>Bei der Reparatur einer Füllung unter Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik kann eine um 65 v.H. höhere Gebühr berechnet werden.</i></p>	140
230	Einlagefüllung, einflächig	650
231	Einlagefüllung, zweiflächig	895
232	<p>Einlagefüllung, mehr als zweiflächig</p> <p>1. Bei adhäsiver Befestigung von glaskeramischen Einlagefüllungen nach den Leistungen nach den Nummern 230 bis 232 kann eine um 8 v.H. höhere Gebühr berechnet werden.</p> <p>2. Mit den Leistungen nach den Nummern 230 bis 232 sind folgende Leistungen abgegolten:</p> <p><i>Präparieren einer Kavität, Auftauffüllungen (auch adhäsiv), gegebenenfalls Farbbestimmung, Relationsbestimmung, Abformungen, gegebenenfalls provisorische Versorgung, Einproben, provisorisches Eingliedern, Reinigen des Stumpfes, festes Einfügen (gegebenenfalls auch mittels Adhäsivtechnik), Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion, Nachkontrolle und Korrekturen.</i></p>	1250

235	Konfektionierte Milchzahnkrone <i>Die Kosten für die konfektionierte Milchzahnkrone sind gesondert berechnungsfähig.</i>	420
240	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, gegebenenfalls einschließlich eines provisorischen Verschlusses der Kavität	54
241	Direkte Überkappung, je Zahn	54
242	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa, gegebenenfalls einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn	261
243	Exstirpation der vitalen Pulpa, gegebenenfalls einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Kanal	162
244	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des provisorischen Verschlusses der Kavität, je Zahn	99
245	Amputation und endgültige Versorgung der devitalisierten Milchzahnpulpa	320
246	Trepanation eines Zahnes <i>Neben der Leistung nach Nummer 246 sind die Leistungen nach den Nummern 250, 251, 252 und 260 nicht berechnungsfähig.</i>	99
250	Aufbereiten eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen <i>Die Leistung nach Nummer 250 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist.</i>	273
251	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Leistungen nach den Nummern 243, 244 und 250, gegebenenfalls einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	141
252	Wurzelkanalfüllung auch retrograd, gegebenenfalls einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Kanal	160
255	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals <i>Die Leistung nach Nummer 255 ist im Rahmen einer Aufbereitung eines Wurzelkanals höchstens zweimal je Wurzelkanal und Sitzung berechnungsfähig.</i>	70
260	Internes Bleichen eines Zahnes, insbesondere einschließlich Aufbereiten des Zahnes und provisorischem Verschluss, je Sitzung	288

## D. Chirurgische Leistungen

### Allgemeine Bestimmungen

1. Die Schaffung des operativen Zugangs ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die primäre Wundversorgung (z.B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls einschließlich Periostschlitzung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen sind gesondert berechnungsfähig.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
300	Entfernen eines einwurzeligen Zahnes, eines Wurzelrestes oder Implantates	90
301	Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes und/oder von Wurzelresten dieses Zahnes	135
302	Entfernen eines tieffraktureierten Zahnes	360
303	Chirurgische Wundrevision (z.B. Glätten des Knochens, Kürettage, Drainage, Wundspaltung, Naht) als selbständige Leistung in einer gesonderten Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	189
304	Entfernen eines Zahnes oder Implantates durch Osteotomie	522
305	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	648
306	Prämolarisierung eines mehrwurzeligen Zahnes	536
307	Entfernen eines tief verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie	702
308	Entfernen eines extrem verlagerten und/oder extrem retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740
310	Stillung einer übermäßigen Blutung  <i>Die Leistung nach Nummer 310 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Stillung einer übermäßigen Blutung im zeitlichen Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff erfolgt, es sei denn, dass hierfür ein erheblicher zusätzlicher Zeitaufwand erforderlich war.</i>	135
311	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung	261
312	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z.B. Entfernen von Fäden und Verbänden, Wundsäuberung, Tamponieren, Wiedereingliederung einer Verbandsplatte), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung  <i>1. Eine Leistung nach Nummer 312 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 303, 310 und 311 berechnungsfähig, soweit die Nachbehandlung(en) in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen.</i>  <i>2. Bei Wiedereingliederung einer Verbandsplatte ist die Leistung nach Nummer 312 einmal je Kiefer berechnungsfähig.</i>	90
320	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe  <i>Eine Leistung nach Nummer 320 ist in derselben Sitzung für dasselbe Gebiet neben</i>	90

	<i>einer anderen chirurgischen Leistung oder neben Leistungen nach den Nummern 201, 420 bis 423 nicht berechnungsfähig.</i>	
321	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)  <i>1. Eine Leistung nach Nummer 321 ist in derselben Sitzung für dasselbe Operationsgebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung nicht berechnungsfähig.  2. Eine Leistung nach Nummer 321 ist auch mehrmals je Kiefer abrechnungsfähig, wenn es sich um getrennte Operationsgebiete handelt.</i>	333
322	Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	135
323	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Schleimhautplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Exzision	720
324	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Schleimhautplastik in Verbindung mit Osteotomie	360
325	Trepanation des Kieferknochens	216
326	Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	648
330	Wurzelspitzenresektion an einem Frontzahn	648
331	Wurzelspitzenresektion an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze	864
332	Wurzelspitzenresektion am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar, je weitere Wurzelspitze  <i>Eine Wurzelspitzenresektion an einer Wurzelspitze in derselben Sitzung an demselben Seitenzahn die über einen anderen operativen Zugang erfolgt, ist nach Nummer 331 berechnungsfähig.</i>	432
335	Replantation eines Zahnes, gegebenenfalls einschließlich einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen	648
336	Transplantation eines Zahnes, einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650
340	Operation einer Zyste durch Zystektomie	950
341	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie	1080
342	Operation einer Zyste durch Zystostomie	648
343	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie	760
344	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	432
345	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	620
346	Operation einer Zyste durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	432
347	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion  <b>Zu den Leistungen nach den Nummern 340 bis 347:</b>	500

	<i>Das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten ist nicht nach den Nummern 340 bis 346 berechnungsfähig</i>	
350	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	500
351	Korrektur (Lösen, Verlängern, Verlegen und/oder Fixieren) von Lippen-, Wangen- oder Zungenbändern sowie störenden Muskelansätzen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140
352	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, als selbständige Leistung, je Sitzung  <i>Eine Leistung nach Nummer 352 ist nicht berechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung in derselben Kieferhälfte oder im selben Frontzahnbereich Zähne entfernt wurden und/oder eine Osteotomie erfolgt ist.</i>	432
353	Alveolotomie  Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers in Verbindung mit Extraktionen von mehr als vier nebeneinander stehenden Zähnen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	324
354	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	850
365	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	2200
356	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	700
357	Tuberplastik, einseitig	720
358	Korrektur (Lösen, Verlängern, Verlegen und/oder Fixieren) des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale  <i>Eine Leistung nach Nummer 358 ist nur berechnungsfähig, wenn das Septum durchtrennt wird.</i>	648
359	Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zum Beispiel zur kieferorthopädischen Einstellung	720
360	Anlegen einer Verbandsplatte am Ober- oder Unterkiefer	350
361	Chirurgische Maßnahmen zur Kronenverlängerung mit Knochenabtrag, je Zahn	200
365	Reposition und Stabilisierung eines teilluxierten Zahnes	200
366	Reposition und Stabilisierung bei einer Fraktur des Alveolarfortsatzes	300
367	Reposition und Stabilisierung bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese	750

## E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

### Allgemeine Bestimmungen

Die primäre Wundversorgung (z.B. Reinigen der Wunde, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, ggf. einschließlich Periostschlitzung, ggf. einschließlich Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig

Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen sind gesondert berechnungsfähig.

Die Leistungen des Abschnitts E sind auch im Rahmen der Behandlung einer Perimplantitis berechnungsfähig.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
400	Befundaufnahme bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, einschließlich Dokumentation	250
401	Befundaufnahme bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, einschließlich Dokumentation, Mindestdauer 30 Minuten  <i>Die Leistungen nach den Nummern 400 und 401 sind insgesamt innerhalb eines Kalenderjahres höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	500
402	Befundaufnahme nach geschlossener systematischer Behandlung von Parodontopathien oder nach offener systematischer Behandlung von Parodontopathien, nach parodontalchirurgischen Maßnahmen oder nach unterstützender Parodontitis-therapie, je Sitzung  Die Leistung nach Nummer 402 umfasst folgende Leistungen:  Nachuntersuchung, Messung der Sondierungstiefe und Dokumentation ggf. auftretender Blutungen, Erhebung eines geeigneten Mundhygieneindex und Dokumentation. Die Dokumentation ist dem Patienten zu erläutern und auf Wunsch zu übergeben.  <i>Die Leistung nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 20, 400 und 440 nicht berechnungsfähig.</i>	130
403	Erstellen eines Therapie- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums  <i>Die Leistung nach Nummer 403 ist neben der Leistung nach Nummer 30 nicht berechnungsfähig.</i>	90
410	Entfernen harter und gegebenenfalls weicher Zahnbeläge, einschließlich Polieren und gegebenenfalls geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn, Implantat oder Brückenglied  <i>1. Die Leistung nach Nummer 410 ist neben den Leistungen nach den Nummern 120, 411 und 440 nicht berechnungsfähig.</i>  <i>2. Wird die Leistung nach Nummer 410 neben der Leistung nach Nummer 103 berechnet, ist sie mit 11,4 Punkten berechnungsfähig.</i>	12,9
411	Kontrolle nach Belagsentfernung mit Nachreinigung einschließlich Polieren und gegebenenfalls geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn, Implantat oder Brückenglied  <i>1. Die Leistung nach Nummer 411 ist neben den Leistungen nach den Nummern 120, 410 und 440 nicht berechnungsfähig.</i>  <i>2. Wird die Leistung nach Nummer 411 neben der Leistung nach Nummer 103 berechnet, ist sie mit 7,0 Punkten berechnungsfähig.</i>	7,9

412	<p>Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung</p> <p><i>Neben einer Leistung nach der Nummer 412 ist eine Leistung nach den Nummern 445, 561 und 723 nicht berechnungsfähig.</i></p>	90
413	<p>Konturierung von Restaurationsrändern und/oder Formkorrekturen am Zahn, je Kieferhälfte</p>	50
420	<p>Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen, je behandeltem einwurzeligen Zahn</p>	118
421	<p>Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn</p> <p>Die Leistungen nach den Nummern 420 und 421 umfassen folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wurzelglättung</li> <li>- Gingivakürretage</li> <li>- lokale medikamentöse Behandlung</li> </ul> <p><i>1. Mit der Vergütung für die Leistungen nach den Nummern 420 und 421 ist auch ein gegebenenfalls notwendiger Parodontalverband abgegolten.</i></p> <p><i>2. Neben den Leistungen nach den Nummern 420 und 421 sind während eines Zeitraums von vier Wochen nach Beginn der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nummern 120, 312, 403, 410, 435 und 440 nicht berechnungsfähig. Dieser Zeitraum beginnt mit der Durchführung der Gingivakürretage. Das Datum des Beginns dieses Zeitraums ist in der Rechnung anzugeben.</i></p> <p><i>3. Mit den Leistungen nach den Nummern 420 und 421 sind alle Sitzungen abgegolten. Leistungen nach Abschnitt A II (Anästhesie) sind zusätzlich berechnungsfähig.</i></p> <p><i>4. In einem Zeitraum von zwei Wochen vor Beginn einer systematischen Behandlung mit dem geschlossenen Vorgehen (Durchführung der Gingivakürretage) ist eine Leistung nach den Nummern 120, 410 und 440 nicht neben den Leistungen nach den Nummern 420 und 421 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>5. In einem Zeitraum von drei Monaten nach Beginn einer systematischen Behandlung mit dem geschlossenen Vorgehen ist eine Leistung nach den Nummern 422 und 423 für denselben Zahn nur berechnungsfähig, wenn dies in der Rechnung begründet wird.</i></p> <p><i>6. In einem Zeitraum von drei Monaten nach Beginn einer systematischen Behandlung mit dem geschlossenen Vorgehen ist eine weitere Leistung nach den Nummern 420 und 421 für denselben Zahn nur dann berechnungsfähig, wenn dies in der Rechnung begründet wird.</i></p>	219
422	<p>Systematische Behandlung von Parodontopathien offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn</p>	245
423	<p>Systematische Behandlung von Parodontopathien offenes Vorgehen, je behandeltem mehrwurzeligen Zahn</p> <p>Die Leistungen nach den Nummern 422 und 423 setzen chirurgische Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien voraus. Hierzu gehören folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände)</li> <li>- Wurzelglättung</li> <li>- gegebenenfalls Gingivakürretage</li> <li>- lokale medikamentöse Behandlung</li> <li>- gegebenenfalls knochenverändernde Maßnahmen kleineren Umfangs, wie zum Beispiel Knochenglättungen</li> </ul> <p><i>1. Neben den Leistungen nach den Nummern 422 und 423 sind während eines Zeitraums von vier Wochen nach Beginn der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nummern 120, 312, 403, 410, 435 und 440 nicht</i></p>	379

	<p>berechnungsfähig. Dieser Zeitraum beginnt mit der Durchführung der Lappenoperation beziehungsweise der offenen Kürretage. Das Datum des Beginns dieses Zeitraums ist in der Rechnung anzugeben.</p> <p>2. Mit den Leistungen nach den Nummern 422 und 423 sind alle Sitzungen abgegolten. Leistungen nach Abschnitt A II (Anästhesie) sind zusätzlich berechnungsfähig.</p> <p>3. In einem Zeitraum von zwei Wochen vor Beginn einer systematischen Behandlung mit dem offenem Vorgehen (Durchführung der Lappenoperation beziehungsweise der offenen Kürretage) ist eine Leistung nach den Nummern 440, 410 und 120 nicht neben den Leistungen nach den Nummern 422 und 423 berechnungsfähig.</p> <p>4. In einem Zeitraum von drei Monaten nach Beginn einer systematischen Behandlung mit dem offenen Vorgehen ist eine Leistung nach den Nummern 422 und 423 für denselben Zahn nur berechnungsfähig, wenn dies in der Rechnung begründet wird.</p>	
425	<p>Gingivektomie oder resektive gingivoplastische Maßnahmen, je Zahn</p> <p>Die Leistung nach Nummer 425 ist für denselben Zahn während eines Zeitraumes von vier Wochen nach Beginn der Leistungen nach den Nummern 422 und 423 neben den Leistungen nach den Nummern 422 und 423 nicht berechnungsfähig.</p>	60
426	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275
427	Verschiebeplastik zur Deckung einer parodontalen Rezession	140
428	Odontoplastische/osteoplastische Maßnahmen, je Zahn	138
429	<p>Transplantation von Schleimhaut einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle, je Entnahmestelle</p> <p>1. Die Leistung nach der Nummer 429 ist in derselben Sitzung für denselben Zahn oder denselben Zahnzwischenraum neben der Leistung nach der Nummer 425 nicht berechnungsfähig.</p> <p>2. Die Leistung nach Nummer 429 umfasst die Entnahme und die Implantation des Gewebes.</p>	688
430	<p>Transplantation von Bindegewebe einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum</p> <p>1. Die Leistung nach der Nummer 430 ist in derselben Sitzung für denselben Zahn oder denselben Zahnzwischenraum neben der Leistung nach der Nummer 425 nicht berechnungsfähig.</p> <p>2. Die Leistung nach Nummer 430 umfasst die Entnahme und die Implantation des Gewebes.</p>	915
431	Chirurgische Maßnahmen (Gingivaextensionsplastik) zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	450
432	<p>Auffüllen von parodontalen und/oder alveolären Knochendefekten im Rahmen einer Parodontalbehandlung mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial) auch Einbringen von Proteinen zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahn oder Parodontium oder Implantat</p> <p>1. Die Leistung nach der Nummer 432 ist für denselben Zahn neben der Leistung nach der Nummer 830 nicht berechnungsfähig.</p> <p>2. Die Leistung nach Nummer 432 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig.</p>	180
435	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden	72

	Medikamenten und/oder lokale medikamentöse Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung	
436	Subgingivale medikamentöse Lokalapplikation und/oder Taschenspülung, je Zahn  <i>Die Leistung nach Nummer 436 ist während eines Zeitraumes von zwei Wochen nach Beginn der Leistungen (Durchführung der Gingivakürretage, der Lappenoperation beziehungsweise der offenen Kürretage) nach den Nummern 420 bis 423 neben den Leistungen nach den Nummern 420 bis 423 für denselben Zahn nicht berechnungsfähig.</i>	6,4
440	Unterstützende Parodontalbehandlung nach abgeschlossener systematischer Behandlung (offenes oder geschlossenes Vorgehen) von Parodontopathien, je Sitzung  Die Leistung nach Nummer 440 umfasst  - eine (gegebenenfalls ergänzende) Erhebung der Krankengeschichte, des Parodontalbefundes einschließlich der Messung der Sondierungstiefe und Dokumentation auftretender Blutungen, der Erhebung eines geeigneten Mundhygieneindex und der damit verbundenen Dokumentationen - die Beratung und Remotivation des Patienten zur Mitarbeit bei der Parodontaltherapie - Entfernung von supragingivalen harten und/oder weichen Belägen einschließlich geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen und gegebenenfalls das subgingivale Debridement als unterstützende Parodontitistherapie.  <i>1. Die Leistung nach Nummer 440 ist innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren nach Beginn der systematischen Behandlung der Parodontopathien (Leistungen nach den Nummern 420 bis 423) oder nach parodontalchirurgischen Eingriffen berechnungsfähig. Innerhalb dieses Zeitraums ist sie bis zu viermal pro Jahr berechnungsfähig.</i>  <i>2. Die Leistung nach Nummer 440 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 3, 20, 100, 101, 103, 120, 402, 410 und 411 berechnungsfähig. Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 440 berechnet werden.</i>	882
445	Einschleifen des natürlichen Gebisses oder des bereits vorhandenen Zahnersatzes zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung  <i>Die Leistung nach Nummer 445 ist neben den Leistungen nach den Nummern 412, 561 und 723 nicht berechnungsfähig.</i>	90
450	Nachbehandlung nach subgingivalen Debridement und/oder parodontalchirurgischen Maßnahmen an einem Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich  <i>1. Bei einer Nachbehandlung nach den Leistungen nach den Nummern 420 und 421 ist die Leistung nach Nummer 450 je Kiefer berechnungsfähig.</i>  <i>2. Neben der Leistung nach Nummer 450 ist die Leistung nach Nummer 312 und 440 nicht berechnungsfähig.</i>	90

## F. Prothetische Leistungen

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
500	<p>Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen</p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 500 ist nicht neben einer Leistung nach der Nummer 30 berechnungsfähig.</i></p>	153
501	<p>Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung</p> <p><i>1. Die Leistung nach der Nummer 501 ist nur im Rahmen einer prothetischen Behandlung berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Eine Leistung nach der Nummer 501 ist bei allen nach der Planung notwendig werdenden Abformungsmaßnahmen nur dann berechnungsfähig, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laborkosten abgerechnet werden.</i></p>	145
505	<p>Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial (Aufbaurestoration) im direkten Verfahren zur Aufnahme einer Krone auch als Brücken- oder Prothesenanker</p>	150
506	<p>Verwendung von Aufbaumaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik (Konditionierung der Zahnhartsubstanzen), gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, Farbanpassung, Mehrfarbentechnik, Lichtaushärtung, zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 505</p> <p><i>1. Die Leistungen nach den Nummern 505 und 506 sind nur einmal je Zahn berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Neben den Leistungen nach den Nummern 505 und 506 sind Leistungen nach den Nummern 205 bis 218 für denselben Zahn nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>3. Anstelle einer Leistung nach den Nummern 505 und 506 sind die Leistungen nach den Nummern 205 bis 218 nicht berechnungsfähig</i></p> <p><i>4. Wird vor der Versorgung eines Zahnes mit einer Krone oder einem Brücken- oder Prothesenanker sowohl eine Leistung nach den Nummern 505 und 506 als auch eine Leistung nach den Nummern 205 bis 218 berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen.</i></p>	78
507	<p>Intrakanaläre Verankerung eines Stiftes im direkten Verfahren (z.B. Metall-, Keramik-, faserverstärkter Stift), je Zahn</p> <p><i>Die Kosten der Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.</i></p>	382
508	<p>Intrakanaläre Verankerung eines Stiftes mit Aufbau im indirekten Verfahren (z.B. Metall, Keramik) als Vorbereitung eines Zahnes zur Aufnahme einer indirekten Rekonstruktion (z.B. Krone, Brücken- oder Prothesenanker, Einlagefüllung), je Zahn</p> <p><i>1. Eine Leistung nach der Nummer 507 und 508 kann nur einmal je Zahn abgerechnet werden. Wird mehr als ein Kanal versorgt, kann dies bei der Bemessung der Gebühr nach § 5 berücksichtigt werden.</i></p> <p><i>2. Neben einer Leistung nach Nummer 507 sind für denselben Zahn Leistungen nach den Nummern 505 und 506 für das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone oder Leistungen nach den Nummern 205 bis 218 zur definitiven Versorgung des Defektes berechnungsfähig.</i></p> <p><i>3. Neben einer Leistung nach Nummer 508 sind Leistungen nach den Nummern 205 bis 218 für denselben Zahn nicht berechnungsfähig.</i></p>	611

	<i>4. Die Kosten der Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.</i>	
509	Verwendung der Dentin-Adhäsiv-Technik ggf. mit Einbeziehung von Schmelzanteilen, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, Farbanpassung, Mehrfarbentechnik, Lichtaushärtung, bei den Leistungen nach den Nummern 507 oder 508, je Zahn	46
510	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach Nummer 508:  Enden die Leistungen mit der Präparation des Zahnes, so ist die Hälfte der Gebühr nach Nummer 508 berechnungsfähig. Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der Gebühr nach Nummer 508 berechnungsfähig. Ist der Stiftaufbau eingegliedert worden, ist die volle Gebühr nach Nummer 508 berechnungsfähig.	
515	Versorgung eines Einzelzahnes durch eine metallische Vollkrone	1131
516	Versorgung eines Einzelzahnes durch eine metallische Vollkrone mit Teilverblendung (z.B. vestibuläre oder vestibulär-okklusale Verblendung)	1207
517	Versorgung eines Einzelzahnes durch eine metallische Vollkrone mit Vollverblendung	1277
518	Versorgung eines Einzelzahnes durch eine Vollkeramikkrone oder eine Galvanokrone	1629
519	Versorgung eines Implantates mit einer Krone, unabhängig von der Art der Ausführung  <i>Die Befestigung der Suprakonstruktion auf dem Implantat oder dem Implantataufbau (z.B. durch Verschrauben, einschließlich des Verschlusses des Schraubenkanals) ist mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 519 abgegolten.</i>	1277
520	Versorgung eines Einzelzahnes durch ein Veneer im indirekten Verfahren (Vollkeramik)	1490
521	Versorgung eines Einzelzahnes durch den Aufbau einer oder mehrerer Funktionsfläche im indirekten Verfahren (insbesondere Vollkeramik)  <i>Wird statt einer Vollkeramik ein Komposit-Werkstück verwendet, ist die Gebühr um 30 v. H. abzusenken.</i>	1490
525	Versorgung eines Einzelzahnes durch eine metallische Teilkrone	1429
526	Versorgung eines Einzelzahnes durch eine verblendete metallische Teilkrone oder eine vollkeramische Teilkrone	1836
	<b>Zu den Leistungen nach den Nummern 515 bis 526:</b>  Mit den Leistungen nach den Nummern 515 bis 526 sind folgende Leistungen abgegolten:  Präparation des Zahnes oder Implantats, gegebenenfalls Farbbestimmung, Abformungen (auch des Gegenkiefers), Einproben, provisorisches Ein- und Ausgliedern, Reinigung des Zahnstumpfes, Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion, Kieferrelationsbestimmung (mit einfachen Methoden, soweit nicht in Abschnitt J enthalten), festes Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.  <i>1. Für Einzelkronen als Schutz- und Stützkronen sind die Leistungen nach den Nummern 515 bis 526 zu berechnen.</i>  <i>2. Bei adhäsiver Befestigung von glaskeramischen Kronen, Teilkronen, Veneers oder Funktionsflächen kann eine um 8 v.H. höhere Gebühr berechnet werden.</i>	
527	Zuschlag für die intraorale elektronische Datenaquisition (CAD/CAM-Verfahren)  <i>Der Zuschlag nach Nummer 527 ist nur einmal je Behandlungstag und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	134
528	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nummern 515 bis 526:	

	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes oder der Abdrucknahme beim Implantat, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr nach den Nummern 515 bis 526 berechnungsfähig. Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr nach den Nummern 515 bis 526 berechnungsfähig.	
529	Schutz eines beschliffenen Zahnes oder eines Implantates und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone auch mit Stiftverankerung im direkten Verfahren	190
530	Sicherung der Kaufunktion durch den provisorischen Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied im direkten Verfahren  <b>Zu den Leistungen nach den Nummern 529 und 530:</b>  <i>1. Die Leistungen nach den Nummern 529 und 530 sind höchstens zweimal je Zahn berechnungsfähig.</i>  <i>2. Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Krone oder Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit den Gebühren nach den Nummern 529 und 530 abgegolten. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert oder gegebenenfalls adhäsiv befestigt werden musste.</i>	188
531	Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigtem Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat	382
532	Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigtem Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Brückenglied  <i>Die Leistungen nach den Nummern 531 und 532 sind nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Herstellung von endgültigem Zahnersatz berechnungsfähig.</i>	229
533	Entfernen einer Krone, einer Teilkrone, eines Brücken- oder Prothesenankers oder einer Einlagefüllung oder das Trennen verblockter Kronen oder das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle	153
534	Entfernung eines intrakanalär verankerten Stiftes (z.B. Metall-, Keramik-, faserverstärkter Stift)	270
535	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Teilkronen oder Einlagefüllungen durch Wiedereinsetzen einer Krone, einer Einlagefüllung oder dergleichen	191
536	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen durch Erneuerung/Reparatur oder Wiedereinsetzen einer Verblendung, einer Verblendschale oder dergleichen	329
537	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines laborgefertigten Provisoriums nach den Nummern 531 und 532, je Krone, Brückenglied oder Freiendsattel  <i>Die Wiedereingliederung desselben Interimszahnersatzes, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 531, 532 und 537 abgegolten.</i>	170
538	Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes durch eine abnehmbare konfektionierte Hülse  <i>Die Kosten für die konfektionierte Hülse sind gesondert berechnungsfähig.</i>	85
540	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer metallischen Vollkrone	902
541	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer metallischen Vollkrone mit Teilverblendung (z.B. vestibuläre oder vestibulär-okklusale Verblendung)	978
542	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je	1012

	Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer metallischen Vollkrone mit Vollverblendung	
543	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkeramikkrone oder einer Galvanokrone	1299
544	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Implantatpfeiler als Brücken- oder Prothesenanker unabhängig von der Art der Ausführung  <i>Die Befestigung der Suprakonstruktion auf dem Implantat oder dem Implantataufbau (z.B. durch Verschrauben, einschließlich des Verschlusses des Schraubenkanals) ist mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 544 abgegolten.</i>	1012
545	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Einlagefüllung unabhängig von der Art der Ausführung oder mit einer metallischen Teilkkrone	1039
546	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer verblendeten oder einer vollkeramischen Teilkkrone	1335
550	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer metallischen Teleskop-/Konuskrone	1393
551	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskop- oder Konuskrone mit Teilverblendung (z.B. vestibuläre oder vestibulär-okklusale Verblendung)	1491
552	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskop- oder Konuskrone mit Vollverblendung	1574
553	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskop- oder Konuskrone in Vollkeramik und /oder Galvanotechnik  <i>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 jeweilige Leistung nach den Nummern 550, 551, 552, 553 und 554 berechnungsfähig.</i>	2006
554	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese, je Implantatpfeiler als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskop- oder Konuskrone unabhängig von der Art der Ausführung  <i>Die Befestigung der Suprakonstruktion auf dem Implantat oder dem Implantataufbau (z.B. durch Verschrauben, einschließlich des Verschlusses des Schraubenkanals) ist mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 554 abgegolten.</i>	1574
555	Verwendung von parallel gefrästen Teleskopkronen, die als Halte- und Verbindungselement dienen, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 550 bis 553 einschließlich der Einstellung der Abzugs- und Haltekräfte.	130
556	Verwendung eines Geschiebes bei geteilten Brücken zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 540 bis 545	329
557	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder eine Stegkonstruktion, je Spanne  <b>Zu den Leistungen nach den Nummern 540 bis 557:</b>  Mit den Leistungen nach den Nummern 540 bis 557 sind folgende Leistungen abgegolten:  Präparation des Zahnes oder Implantats, ggf. Farbbestimmung, Abformungen (auch	474

	<p>des Gegenkiefers), Einproben, provisorisches Ein- und Ausgliedern, Reinigung des Zahnstumpfes, Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion, Kieferrelationsbestimmung (mit einfachen Methoden, soweit nicht in in Abschnitt J enthalten), festes Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.</p> <p><i>1. Bei adhäsiver Befestigung von glaskeramischen Brücken- oder Prothesenankern sowie Teleskop- oder Konuskronen kann eine um 8 v.H. höhere Gebühr berechnet werden.</i></p> <p><i>2. Die Leistung nach Nummer 557 ist neben den Leistungen nach den Nummern 570 bis 576 für dieselbe Spanne nicht berechnungsfähig</i></p>	
558	<p>Versorgung eines Lückengebisses durch zusammengesetzt festsitzende oder abnehmbare Brücken und/oder durch kombiniert festsitzend/ herausnehmbaren Zahnersatz, je Verbindungselement</p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 558 ist neben einer Leistung nach den Nummern 550 und 553 nur dann berechnungsfähig, wenn eine Teleskopkrone oder Konuskronen durch Verbindungselemente, wie z.B. Retentionskugeln, ergänzt wird. Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.</i></p>	260
559	<p>Versorgung eines Zahnes durch eine Wurzelstiftkappe mit Verankerung im Wurzelkanal mit Kugelkopfancker oder ähnlichem Verbindungssystem (z.B. konfektionierte teleskopierende Systeme, Stege, Magnete)</p> <p><i>Bei adhäsiver Befestigung von glaskeramischen Teilen einer Stegkonstruktion oder eines Kugelkopf- oder Magnetattachment oder eines ähnlichen Verbindungssystems kann eine um 8 v.H. höhere Gebühr berechnet werden.</i></p>	1177
560	<p>Versorgung eines Implantats durch eine Stegkonstruktion oder ein Kugelkopf- oder Magnetattachment oder ein ähnliches Verbindungssystem.</p> <p>Mit einer Leistung nach den Nummern 559 und 560 sind folgende Leistungen abgegolten:</p> <p>Präparation des Zahnes oder Implantats, ggf. Farbbestimmung, Abformungen (auch des Gegenkiefers), Einproben, provisorisches Ein- und Ausgliedern, Reinigung des Zahnstumpfes, Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion, Kieferrelationsbestimmung (mit einfachen Methoden, soweit nicht in Abschnitt J enthalten), festes Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.</p>	1012
561	<p>Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 561 ist innerhalb eines Monats nur einmal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Die Leistung nach Nummer 561 ist nicht für das Einschleifen zur Aufnahme von Halte- und Stützvorrichtungen berechnungsfähig.</i></p> <p><i>3. Die Leistung nach Nummer 561 ist auch neben Leistungen nach den Nummern 540 bis 557 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>4. Die Leistung nach Nummer 561 ist neben den Leistungen nach den Nummern 412, 445 und 723 nicht berechnungsfähig.</i></p>	122
562	<p>Teilleistungen nach den Nummern 540 bis 560 bei nicht vollendeten Leistungen</p> <p>Enden die Leistungen mit der Präparation eines Ankerzahnes oder der Abformung eines Implantates nach den Nummern 540 bis 554, 559 oder 560, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr nach den Nummern 540 bis 554, 559 oder 560 berechnungsfähig.</p> <p>Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind insgesamt drei Viertel der jeweiligen Gebühr nach den Nummern 540 bis 554, 559 oder 560 berechnungsfähig.</p> <p>Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt, sind drei Viertel der Gebühr nach den Nummern 556 oder 557 berechnungsfähig.</p>	

563	Adhäsivbrücke (Klebe- oder Marylandbrücke) als definitive Versorgung einschließlich der Präparation von Retentionen, Abformung(en), Kieferrelationsbestimmung (mit einfachen Methoden sofern nicht in Abschnitt J enthalten), Farbbestimmung, Bissnahme, Einprobe und Befestigung in Adhäsivtechnik, Kontrolle und gegebenenfalls Korrekturen der Okklusion und Artikulation.	2173
564	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach der Nummer 563:  Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler, so ist die Hälfte der Gebühr nach der Nummer 563 berechnungsfähig.  Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der Gebühr nach der Nummer 563 berechnungsfähig.	
565	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken  Wiedereinsetzen einer Brücke mit zwei Ankern	260
566	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken  Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als zwei Ankern	382
567	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken  Erneuerung/Reparatur oder Wiedereinsetzen einer Verblendung, einer Verblendschale oder dergleichen	275
568	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselementes nach Nummer 558	93
570	Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen und/oder gegebenenfalls Stützvorrichtungen zum Ersatz von ein bis vier fehlenden Zähnen	453
571	Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen und/oder gegebenenfalls Stützvorrichtungen zum Ersatz von fünf bis acht fehlenden Zähnen	651
572	Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen und/oder gegebenenfalls Stützvorrichtungen zum Ersatz von mehr als acht fehlenden Zähnen  Mit einer Leistung nach den Nummern 570 bis 572 sind folgende Leistungen abgegolten:  Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Farbbestimmung, Einproben, Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion, Kieferrelationsbestimmung (mit einfachen Methoden, soweit nicht in Abschnitt J enthalten), Eingliedern, Nachkontrolle und Korrekturen.  Die Leistungen nach den Nummern 570 bis 572 enthalten gegebenenfalls auch die Verwendung doppelarmiger Halte- oder einfacher Stützvorrichtungen oder mehrarmiger gebogener Halte- und Stützvorrichtungen.	896
573	Immediatprothese einschließlich anatomischer Abformung zur Versorgung eines Lückengebisses mit mindestens fünf zu ersetzenden Zähnen oder des zahnlosen Kiefers durch eine partielle Prothese, Cover-Denture Prothese oder eine Vollprothese	934
575	Totale Prothese oder Cover-Denture-Prothese im Oberkiefer gegebenenfalls unter Verwendung einer Metallbasis  <i>Eine Cover-Denture-Prothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.</i>	1918
576	Totale Prothese oder Cover-Denture-Prothese im Unterkiefer gegebenenfalls unter Verwendung einer Metallbasis  <i>Eine Cover-Denture-Prothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.</i>	2224

	Mit einer Leistung nach Nummer 575 oder 576 sind folgende Leistungen abgegolten:  Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Farbbestimmung, Einproben, Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion, Kieferrelationsbestimmung (mit einfachen Methoden, soweit nicht in Abschnitt J enthalten), Eingliedern, Nachkontrolle und Korrekturen	
577	Anatomische Abformung mit individuellem Löffel, je Kiefer  <i>1. Eine Leistung nach Nummer 577 ist nur berechnungsfähig, wenn der übliche konfektionierte oder individualisierte Löffel nicht ausreicht.</i>  <i>2. Eine Leistung nach Nummer 577 ist neben den Leistungen nach den Nummern 578 und 579 für denselben Kiefer nur in den Fällen berechnungsfähig, in denen für die prothetische Versorgung eines Kiefers neben dem Funktionsabdruck für die Versorgung der noch stehenden Zähne durch Kronen eine Abformung mit individuellem Löffel vorgenommen werden muss.</i>	222
578	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	436
579	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	581
580	Verwendung einer Metallbasis in Verbindung mit Leistungen nach den Nummern 570 bis 573	336
581	Verwendung einer gegossenen Halte- und Stützvorrichtung, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 570 bis 573	222
582	Verwendung von mindestens zwei gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 570 bis 573  <i>1. Eine Leistung nach den Nummern 581 und 582 ist je Kiefer nur einmal berechnungsfähig.</i>  <i>2. Eine Teleskop- oder Konuskronen (Doppelkronen), eine Wurzelstiftkappe mit Kugelkopfanke oder ähnliche Verbindungen zwischen herausnehmbarem Zahnersatz und natürlichen Zähnen oder Implantaten gelten nicht als gegossene Halte- und Stützvorrichtung im Sinne der Leistungen nach den Nummer 581 und 582.</i>	382
583	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nummern 570 bis 572 und 575 bis 582  Enden die Leistungen mit der anatomischen Abformung eines oder beider Kiefer, ist die Gebühr nach Nummer 583 berechnungsfähig.	145
584	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nummern 570 bis 572 und 575 bis 582  Enden die Leistungen nach der anatomischen Abformung eines oder beider Kiefer mit der Ermittlung der Bissverhältnisse ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr nach den Nummern 570 bis 572, 575 und 576 berechnungsfähig; sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr nach den Nummern 570 bis 572, 575 und 576 berechnungsfähig.  <i>1. Leistungen nach den Nummern 577, 578 und 579 sind voll berechnungsfähig, wenn die Abformung in ein Modell übertragen worden ist.</i>  <i>2. Leistungen nach den Nummern 580, 581 und 582 vor der funktionsgerechten Eingliederung des Zahnersatzes sind mit drei Vierteln der Gebühr der jeweiligen Leistung berechnungsfähig.</i>  <i>3. Ist bei Leistungen nach den Nummern 580, 581 und 582 noch keine Einprobe der Metallbasis erfolgt, ist die Hälfte der Gebühr der jeweiligen Leistung berechnungsfähig. Nach Einprobe der Metallbasis sind auch vor einer eventuellen Bissnahme drei Viertel der Gebühr für die jeweilige Leistung berechnungsfähig.</i>	
585	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung eines	229

	herausnehmbaren Zahnersatzes, ohne Abformung	
586	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung eines herausnehmbaren Zahnersatzes mit Abformung	382
587	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese,  Unterfütterung/Teilunterfütterung einer partiellen/totalen Prothese im direkten Verfahren gegebenenfalls als temporäre Wiederherstellung der Funktion	336
588	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese,  Unterfütterung/Teilunterfütterung einer partiellen/totalen Prothese im indirekten Verfahren	420
589	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese,  Unterfütterung/Teilunterfütterung einer partiellen/totalen Prothese im indirekten Verfahren mit funktioneller Abformung	619
	<p><b>Zu den Leistungen nach den Nummern 585 bis 589:</b></p> <p>1. Neben den Leistungen nach den Nummern 585 bis 589 sind Leistungen nach den Nummern 577, 578 und 579 nicht berechnungsfähig.</p> <p>2. Leistungen nach den Nummern 581 und 582 sind neben Leistungen nach den Nummern 585 bis 589 berechnungsfähig, wenn eine Prothese um eine entsprechende Halte- oder Stützvorrichtung erweitert wird oder beim Ersatz einer Halte- oder Stützvorrichtung eine Neuplanung erforderlich ist.</p> <p>3. Das Wiederbefestigen einer Halte- oder Stützvorrichtung ist nicht nach den Leistungen nach den Nummern 581 und 582 berechnungsfähig.</p> <p>4. Mit den Leistungen nach den Nummern 585 bis 589 sind Nachbehandlungen abgegolten.</p> <p>5. Maßnahmen zur Wiederherstellung von Wurzelstiftkappen sind nach der Nummer 586 berechnungsfähig. Das Wiederbefestigen einer Wurzelstiftkappe ist nach der Nummer 535 berechnungsfähig.</p> <p>6. Leistungen nach den Nummern 585 und 586 sind mehrfach oder nebeneinander nur berechnungsfähig, wenn die Wiederherstellung der Funktion oder die Erweiterung von abnehmbaren Prothesen nicht in einer Sitzung durchführbar ist. Das gleiche gilt, wenn Leistungen nach den Nummern 585 und 586 neben Leistungen nach den Nummern 587 bis 589 erbracht werden.</p> <p>7. Für das Auffüllen eines Sekundärteleskops mit Kunststoffmassen bei einer Prothesenerweiterung ohne weitergehende Maßnahme ist die Leistung nach Nummer 585 berechnungsfähig.</p> <p>8. Die Erneuerung, Reparatur oder Wiedereinsetzung von Verblendungen, Verblendschalen oder dergleichen bei herausnehmbarem Zahnersatz ist nach den Nummern 585 und 586 berechnungsfähig.</p>	
590	Vollständige Unterfütterung einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung	696
591	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	1868
592	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und Ausgleich von Defekten der Kiefer	2377
593	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen	6198

<p><i>Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 590 bis 593 abgegolten.</i></p>	
--	--

## G. Kieferorthopädische Leistungen

### Allgemeine Bestimmung

Die Leistungen nach den Nummern 635, 636, 640, 645, 650, 651 und 660 beinhalten auch die Material- und Laboratoriumskosten für Standardmaterialien wie zum Beispiel unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments und Edelstahlbänder. Ebenso Material- und Laboratoriumskosten für Standardmaterialien bei folgenden ergänzenden feststehenden Apparaturen (außer Material- und Laborkosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung): Headgear, Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lipbumer und Lingualbogen.

Werden darüber hinausgehende Materialien verwendet, können die Mehrkosten für diese Materialien gesondert berechnet werden, wenn dies vor Beginn der Behandlung mit dem zahlungspflichtigen Patienten nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 Satz 1 dieser Verordnung schriftlich vereinbart worden ist. Diese Vereinbarung hat Angaben über die voraussichtliche Höhe der einzelnen Material- und Laborkosten und die Material- und Laborkosten der in Abzug zu bringenden Standardmaterialien zu enthalten. Handelt es sich bei der Verwendung der Materialien um eine Verlangensleistung nach § 2 Abs. 3 dieser Verordnung, ist dies in der Vereinbarung zu vermerken. In der Vereinbarung ist darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
600	<p>Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen</p> <p>Die Leistung beinhaltet folgende Bestandteile:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zahnärztliches Gespräch</li> <li>2. Spezielle kieferorthopädische Anamnese</li> <li>3. Spezielle kieferorthopädische Untersuchung               <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Extraorale Untersuchung</li> <li>3.2 Intraorale Untersuchung von Weichteilen und Knochen</li> <li>3.3 Feststellung der Kieferrelation</li> <li>3.4 Feststellung von dento-alveolären Anomalien</li> <li>3.5 Feststellung des Dentitionsstadiums</li> </ol> </li> <li>4. Aufklärung und Beratung</li> <li>5. Kieferorthopädischer Befund, Dokumentation</li> <li>6. Gegebenenfalls Feststellung des kieferorthopädischen Indikationsgrades (KIG)</li> </ol> <p><i>1. Eine Leistung nach Nummer 600 ist frühestens nach drei Monaten erneut berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Neben einer Leistung der Nummer 600 ist eine Leistung nach Nummer 6 nicht berechnungsfähig.</i></p>	252
601	<p>Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur kieferorthopädischen Behandlung nach Befundaufnahme, einschließlich Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzepts und Aufklärung</p> <p><i>1. Eine Leistung nach Nummer 601 ist nicht berechnungsfähig bei Therapieänderungen und Ergänzungen zum Behandlungsplan oder zur Retentionsplanung.</i></p> <p><i>2. Wird die Leistung nach Nummer 601 nur zur Planung und Entwicklung eines Konzeptes zur Beseitigung orofazialer Dyskinesien erbracht, so ist die Leistung nach Nummer 601 in einem Zeitraum von bis zu sechs Monaten nicht erneut berechnungsfähig.</i></p> <p><i>3. Neben einer Leistung nach Nummer 601 ist eine Leistung nach Nummer 30 nicht berechnungsfähig</i></p>	726
602	<p>Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung, sowie schriftliche Niederlegung</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 602 ist nicht berechnungsfähig für die Erstellung von Arbeitsmodellen, hierfür können nur Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet</i></p>	145

	<p>werden.</p> <p>2. Die Maßnahmen nach Nummer 602 sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung berechnungsfähig. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal berechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.</p>	
603	<p>Profil- oder en-face-Fotografie mit kieferorthopädischer Auswertung, je Aufnahme</p> <p>Eine Leistung nach Nummer 603 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.</p>	115
604	<p>Zusätzliche Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (z. B. dreidimensionale Analyse, graphische oder metrische Analyse, Diagramme) einschließlich Dokumentation, je Leistung nach Nummer 602</p>	267
605	<p>Kephalometrische Auswertung eines Fernröntgenseitenbildes des Gesichtsschädels im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, gegebenenfalls einschließlich (grafischer) Vorhersage wachstums-/therapiebedingter Veränderungen einmal je Leistung nach der Nummer 63 einschließlich Dokumentation</p> <p>1. Eine mehr als zweimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 605 im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen. Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 605 ist nicht zulässig.</p> <p>2. Eine Leistung nach Nummer 605 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung und dann nur einmal berechnungsfähig.</p>	222
610	<p>Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, einfach durchführbarer Art</p>	1009
611	<p>Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittelschwer durchführbarer Art</p>	1559
612	<p>Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, schwierig durchführbarer Art</p>	2109
613	<p>Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, besonders schwierig durchführbarer Art</p> <p><b>Zu den Nummern 610 bis 613:</b></p> <p>Die Zuordnung der erbrachten Leistungen zu den Leistungen nach den Nummern 610 bis 613 erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:</p>	2567

I. Zahl der bewegten Zähne bzw. Zahngruppen	Ein bis zwei Zähne	Ein bis zwei Zahngruppen	Alle Zahngruppen
Punkte:	1	2	3
II. Größe der Bewegung	Ein bis 2 mm	Drei bis fünf mm	Mehr als fünf mm
Punkte:	1	3	5
III. Art und Richtung der Bewegung	Kippend günstig <sup>*)</sup>	Kippend ungünstig <sup>*)</sup>	Körperlich
Punkte:	1	3	5
IV. Verankerung	Einfach	Mittelschwer	Schwierig
Punkte:	1	2	5
V. Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	Sehr günstig	Gut	Ungünstig
Punkte:	1	3	5
Als günstige „kippende“ <sup>*)</sup> 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).

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

Bis sieben Punkte	Leistung nach Nummer 605
Acht bis zehn Punkte	Leistung nach Nummer 606
Elf bis 15 Punkte	Leistung nach Nummer 607
16 und mehr Punkte	Leistung nach Nummer 608

614	Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, einfach durchführbarer Art	1559
615	Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittelschwer durchführbarer Art	1742
616	Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, schwierig durchführbarer Art	2109
617	Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, besonders schwierig durchführbarer Art	2567
<p><b>Zu den Nummern 614 bis 617:</b></p> <p>Die Zuordnung der erbrachten Leistungen zu den Leistungen nach den Nummern 614 bis 617 erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:</p>		

I. Größe der Bissverlagerung	Ein bis zwei mm	Halbe Prämolarenbreite	Über eine halbe bis eine Prämolarenbreite
Punkte:	1	3	5
II. Lokalisation	Einseitig	-	Beiderseitig
Punkte:	1	-	3
III. Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung	Mesial	lateral	Distal
Punkte:	1	2	3
IV. Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	Sehr günstig	Gut	Ungünstig
Punkte:	1	3	10
Die Summe der einzelnen Punkte ergibt die Bewertung für die Schwierigkeit und den Umfang der vorgesehenen Bissverlagerung nach folgendem Schema:			
Bis acht Punkte		Leistung nach Nummer 610	
Neun bis zehn Punkte		Leistung nach Nummer 611	
Elf bis zwölf Punkte		Leistung nach Nummer 612	
13 und mehr Punkte		Leistung nach Nummer 613	

<p>Abrechnungsbestimmungen zu den Leistungen nach den Nummern 610 bis 617:</p> <p>1. Die Zuordnung nach diesem Bewertungssystem ist zu dokumentieren und die Dokumentation dem Zahlungspflichtigen zusammen mit dem Therapie- und Kostenplan auszuhändigen.</p> <p>2. Die Maßnahmen im Sinne der Nummern 610 bis 617 umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten (z.B. auch Kunststoffschienen). Die Leistungen nach den Nummern 635 bis 660 sind neben Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 berechnungsfähig.</p> <p>3. Im Zusammenhang mit einer Leistung nach den Nummern 610 bis 617 ist eine Leistung nach den Nummern 5 und 6 nur berechnungsfähig, wenn sie anderen als</p>	
--	--

	<p>kieferorthopädischen Zwecken dient.</p> <p>4. Im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung sind die Leistungen nach den Nummern 620 bis 624 sowie 630 bis 632 nicht neben einer Leistung nach den Nummern 610 bis 617 berechnungsfähig.</p> <p>5. Soweit zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigen nichts anderes nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 Satz 1 vereinbart wird, sind quartalsweise Abschlagszahlungen wie folgt berechnungsfähig:</p> <table data-bbox="411 443 938 667"> <tr> <td>Leistung nach Nummer 610</td> <td>84 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Leistung nach Nummer 611</td> <td>130 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Leistung nach Nummer 612</td> <td>176 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Leistung nach Nummer 613</td> <td>214 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Leistung nach Nummer 614</td> <td>130 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Leistung nach Nummer 615</td> <td>145 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Leistung nach Nummer 616</td> <td>176 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Leistung nach Nummer 617</td> <td>214 Punkte</td> </tr> </table> <p>In der Vereinbarung nach Satz 1 ist darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.</p> <p>Für Kalenderquartale, in denen keine kieferorthopädischen Leistungen erbracht wurden, entfällt die Abrechnung der Abschlagszahlung. In diesen Fällen verlängert sich die Behandlungszeit entsprechend. Insgesamt können nicht mehr als 12 Abschlagszahlungen abgerechnet werden.</p> <p>6. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 ist eine Behandlungszeit bis zu 16 Behandlungsquartalen abgegolten.</p> <p>7. Bei der Frühbehandlung eines Distalbisses, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne, eines progenen Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses oder der Behandlung zum Öffnen von Lücken sind quartalsweise Abschlagszahlungen nach den Nummern 610 bis 617, für längstens neun Kalenderquartale berechnungsfähig. Über diesen Zeitraum hinaus, sind Abschlagszahlungen nur mit einer Begründung zulässig. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können die restlichen Abschlagszahlungen nach Satz 1 bei Ende der Behandlung abgerechnet werden.</p> <p>8. Die Frühbehandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen ist nach den Nummer 610 bis 617 berechnungsfähig.</p> <p>9. Für die nach Ablauf von 16 Behandlungsquartalen notwendigen Behandlungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Retentionsüberwachung) werden bei Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 die Abschlagszahlungen wie unter Nr. 3. bis zum Behandlungsende quartalsweise fällig.</p> <p>10. Wird die Behandlung abgebrochen, so erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.</p> <p>11. Belehrende und ermahnende Informationen in einem Brief an die Patienten oder deren Erziehungsberechtigte sind mit den Gebühren nach den Nummern 610 bis 617 abgegolten.</p> <p>12. Die Berechnung von Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 beginnt mit der therapeutischen Phase. Das ist in der Regel die erste Maßnahme zur Herstellung eines Behandlungsgerätes oder das Extrahieren, Separieren und Einschleifen von Zähnen im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Eingliederung des Behandlungsgerätes.</p> <p>13. Übernimmt ein Zweitbehandler die Fortführung der Behandlung nach dem ursprünglichen Behandlungsplan, so kann der Zweitbehandler die restlichen Abschlagszahlungen abrechnen.</p>	Leistung nach Nummer 610	84 Punkte	Leistung nach Nummer 611	130 Punkte	Leistung nach Nummer 612	176 Punkte	Leistung nach Nummer 613	214 Punkte	Leistung nach Nummer 614	130 Punkte	Leistung nach Nummer 615	145 Punkte	Leistung nach Nummer 616	176 Punkte	Leistung nach Nummer 617	214 Punkte	
Leistung nach Nummer 610	84 Punkte																	
Leistung nach Nummer 611	130 Punkte																	
Leistung nach Nummer 612	176 Punkte																	
Leistung nach Nummer 613	214 Punkte																	
Leistung nach Nummer 614	130 Punkte																	
Leistung nach Nummer 615	145 Punkte																	
Leistung nach Nummer 616	176 Punkte																	
Leistung nach Nummer 617	214 Punkte																	
620	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten (Habits) und Dysfunktionen, orofazialer Dyskinesien, zur Prävention oder frühen Behandlung einer kieferorthopädischen Erkrankung	191																

	<p>1. Eine Leistung nach Nummer 620 ist bis zu sechsmal während eines Zeitraums von sechs Monaten berechnungsfähig.</p> <p>2. Neben Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 ist eine Leistung nach der Nummer 620 oder 621 nicht berechnungsfähig.</p> <p>3. Wurde eine Behandlung zur Beseitigung orofazialer Dyskinesien im Zeitraum von bis zu einem Jahr vor Beginn der Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 abgeschlossen, können die Leistungen nach den Nummern 620 und 621 neben den Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 für vier Quartale nach Beginn der Behandlung mit den Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 berechnet werden, wenn ein behandlungsbedürftiges Rezidiv der orofazialen Dyskinesie vorliegt. Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 620 und 621 neben den Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 ist für weitere vier Quartale zulässig, wenn dies begründet wird. Eine Nebeneinanderberechnung dieser Leistungen über acht Quartale nach Beginn der Behandlung nach den Nummern 610 bis 617 hinaus ist nicht zulässig.</p> <p>4. Neben einer Leistung nach den Nummern 620 und 621 ist eine Leistung nach den Nummern 1, 3, 4 und 725 nicht berechnungsfähig.</p>	
621	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z.B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen.	382
622	Kontrolle des Behandlungsverlaufs, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, Weiterführung der Retention, einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel oder Retentionsgeräte, für jede Sitzung	160
623	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	329
624	Einfügen von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer  <i>Neben Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 sind die Leistungen nach den Nummern 622 bis 624 nicht berechnungsfähig.</i>	206
625	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, je Kiefer  Die Maßnahmen im Sinne der Nummer 625 umfassen alle Leistungen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten (z.B. auch Kunststoffschienen) innerhalb eines Zeitraumes von bis zu zwei Jahren.	849
630	Kieferorthopädische Maßnahmen zum Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlustes, mit herausnehmbaren Geräten, je Kiefer, mit festsitzenden Geräten, je Kieferhälfte	306
631	Kontrolle eines Lückenhalters, je Kalendervierteljahr nach Beginn der Behandlung  <b>Zu den Leistungen nach den Nummern 630 und 631:</b>  1. Neben Leistungen nach den Nummern 630 und 631 sind Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 nicht berechnungsfähig.  2. Neben Leistungen nach den Nummern 630 und 631 sind Material- und Laboratoriumskosten berechnungsfähig.	107
632	Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss, je Sitzung  <i>Neben Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 ist eine Leistung nach Nummer 632 nicht berechnungsfähig.</i>	122
633	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit (Reparatur) von Behandlungsmitteln, einschließlich Wiedereinfügen, je Kiefer	229

	<p>1. Eine Leistung nach Nummer 533 ist neben Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 berechnungsfähig, wenn ein Behandlungsmittel wiederhergestellt wird.</p> <p>2. Die Wiederherstellung nach Nummer 633 bezieht sich nur auf Draht- oder Basisteile je Behandlungsgerät. Die Änderung von Behandlungsmitteln ist mit den Gebühren nach den Nummern 610 bis 617 abgegolten. Die Aktivierung von Behandlungsmitteln, z. B. Nachstellen von Schrauben und Federelementen, ist nicht nach Nummer 633 berechnungsfähig.</p>	
635	<p>Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten.</p> <p>Die Leistung beinhaltet die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben und die Überschussentfernung gegebenenfalls einschließlich Versiegelung und /oder Fluoridierung des Zahnes vor und/oder nach Eingliederung des Brackets oder Attachments.</p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 635 ist die Leistung nach Nummer 104 nicht berechnungsfähig.</i></p>	152
636	<p>Eingliederung eines lingual positionierten Brackets oder Attachments, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 635</p>	15,2
637	<p>Eingliederung eines festsitzenden Frontzahnretainers</p> <p>Die Leistung beinhaltet die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben des Retainers sowie der gegebenenfalls notwendigen Brackets oder Hilfsteile, die Überschussentfernung gegebenenfalls einschließlich Versiegelung und /oder Fluoridierung des Zahnes vor und/oder nach Eingliederung des Retainers und gegebenenfalls notwendiger Brackets oder Hilfsteile.</p> <p>1. <i>Material- und Laborkosten für den Retainer können gesondert berechnet werden.</i></p> <p>2. <i>Neben der Leistung nach Nummer 637 ist die Leistung nach Nummer 104 nicht berechnungsfähig.</i></p>	669
640	<p>Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</p> <p>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.</p>	321
641	<p>Wiedereingliederung eines Bandes nach Reparatur</p> <p><i>Die Wiedereingliederung eines unveränderten Bandes ist nicht gesondert berechnungsfähig.</i></p>	229
642	<p>Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments</p> <p>Die Leistung beinhaltet das Abnehmen, das Entfernen von Kleberesten, das Polieren und gegebenenfalls die Versiegelung und/oder Fluoridierung des Zahnes.</p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 642 ist die Leistung nach Nummer 104 nicht berechnungsfähig.</i></p>	60
645	<p>Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</p> <p>Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.</p>	191
646	<p>Ausgliederung eines Teilbogens</p>	53
650	<p>Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</p> <p>Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.</p>	245
651	<p>Eingliederung eines individualisierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</p>	306

	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.	
652	Ausgliederung von Vollbögen, je Bogen  <i>Bei der Ausgliederung von Apparaturen nach Nummer 660 ist die Leistung nach Nummer 652 zweimal berechnungsfähig.</i>	69
653	Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens nach Reparatur  <i>Die Wiedereingliederung eines unveränderten Voll- oder Teilbogens ist nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	183
660	Eingliedern einer intra-/extraoralen Verankerungsapparatur oder einer ergänzenden festsitzenden Apparatur (z.B. Nance, Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lip Bumper, Headgear, Kopf-Kinn-Kappe, Gaumennahterweiterungsapparatur, intermaxilläres Führungselement, Gesichtsmaske, Herbstscharnier)  <i>1. Für die Eingliederung festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lip Bumper, Headgear) sind die Material- und Laborkosten mit Ausnahme der Material- und Laboratoriumskosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung abgegolten. Im Übrigen sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.</i>  <i>2. Die Ankerbänder gehören nicht zum Leistungsinhalt der Nummer 660 und können nach Nummer 640 berechnet werden.</i>  <i>3. Die Leistungen nach den Nummern 635 bis 660 sind neben Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 berechnungsfähig.</i>	527

## J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

### Allgemeine Bestimmungen

Eine mehr als zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 700, 701, 705, 706, 710 und 715 in demselben Kalenderjahr ist in der Rechnung zu begründen.

Werden Leistungen des Abschnitts J im Rahmen einer Remontage von Kronen, Teilkronen, Einlagefüllungen oder Brücken berechnet, ist dies in der Rechnung zu vermerken.

Endgültige Kronen, Brücken und Prothesen dürfen nicht als Aufbissbehelfe oder Schienen nach Abschnitt J berechnet werden.

Neben den Leistungen nach den Nummern 705, 706 und 710 sind Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
700	Klinische Funktionsanalyse mit Dokumentation des klinischen Funktionsstatus  <i>1. Die Dokumentation ist auf Wunsch dem Patienten auszuhändigen</i>  <i>2. Die Leistung nach Nummer 700 ist neben der Leistung nach Nummer 701 nicht berechnungsfähig.</i>	350
701	Klinische Funktionsanalyse mit Dokumentation des klinischen Funktionsstatus, Mindestdauer 45 Minuten  <i>1. Die Dokumentation ist auf Wunsch dem Patienten auszuhändigen</i>  <i>2. Die Leistung nach Nummer 701 ist nur berechnungsfähig, wenn im Rahmen der Leistung nach Nummer 700 ein krankhafter Befund erhoben worden ist.</i>  <i>3. Die Leistung nach Nummer 701 ist neben der Leistung nach Nummer 700 nicht berechnungsfähig.</i>	750
705	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers einschließlich Kontrollregistrar, auch Stützstiftregistrierung, einmal je Sitzung	207
706	Arbiträre Scharnierachsenbestimmung und Anlegen eines Übertragungsbogens zur Montage des Oberkiefermodells in einen Artikulator	210
710	Kinematische und/oder elektronische Scharnierachsenbestimmung und Anlegen eines Übertragungsbogens zur Montage des Oberkiefermodells in einen Artikulator	360
715	Mechanische und/oder elektronische Registrierungen der Unterkieferbewegungen insbesondere zur Einstellung eines Artikulators, einmal je Sitzung	406
720	Elektromyografische Untersuchung(en) in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 805, je Sitzung	234
721	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung	200
722	Aufbau von Funktionsflächen im direkten Verfahren am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahn	300
723	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar  <i>1. Die Leistung nach der Nummer 723 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig.</i>  <i>2. Neben der Leistung nach Nummer 723 sind die Leistungen nach den Nummern 412, 445 und 561 nicht berechnungsfähig.</i>	30

725	Anleitung zu speziellen Übungen bei orofazialen Dyskinesien, cranio-mandibulären Dysfunktionen oder schädlichen Gewohnheiten, Dauer mindestens 15 Minuten, je Sitzung  <i>Die Leistung nach Nummer 725 ist neben der Leistung nach Nummer 620 nicht berechnungsfähig.</i>	225
730	Eingliederung einer Aufbisschiene mit adjustierter Oberfläche	954
731	Eingliederung eines Aufbissbehelfes ohne adjustierte Oberfläche	405
732	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	549
733	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z.B. durch Unterfütterung.	270
734	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	54
735	Kontrolle eines Aufbissbehelfes mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	108
736	Kontrolle eines Aufbissbehelfes mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung  <b>Zu den Leistungen nach den Nummern 730 bis 736:</b>  <i>Je Sitzung ist nur eine der Leistungen nach den Nummern 733 bis 736 berechnungsfähig.</i>	315

## K. Implantologische Leistungen

### Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung (z.B. Reinigen der Wunde, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls einschließlich Periostschlitzung, gegebenenfalls einschließlich Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate, Implantatteile und nur einmal verwendbare Implantatfräsen sind gesondert berechnungsfähig. Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen sind gesondert berechnungsfähig.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
800	<p>Klinische Untersuchung vor einer implantologischen Behandlung</p> <p>Die Leistung nach Nummer 800 umfasst insbesondere die extraorale Untersuchung (z.B. Bestimmung der Lippenchlusslinie und des Profils) sowie die intraorale Untersuchung (z.B. Palpation der Kieferareale, Bestimmung der intermaxiliären Relation, Einschätzung der Kieferkambreite und -höhe, Einschätzung gingivaler Risikofaktoren).</p> <p><i>1. Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und 6 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Die Leistung nach Nummer 800 ist auch bei der Versorgung mit mehreren Implantaten nur einmal berechnungsfähig.</i></p>	270
801	<p>Erstellen eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur implantologischen Behandlung nach Befundaufnahme einschließlich Aufklärung</p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 30 und 802 nicht berechnungsfähig.</i></p>	430
802	<p>Erstellen eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur implantologischen und epithetischen Behandlung bei Verlust eines oder mehrerer Gesichtsteile nach Befundaufnahme einschließlich Aufklärung</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 802 kann nur von dem Zahnarzt berechnet werden, der die geplanten implantologisch-chirurgischen und die epithetischen Leistungen erbringt.</i></p> <p><i>2. Neben der Leistung nach Nummer 802 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 30 und 801 nicht berechnungsfähig.</i></p>	860
803	<p>Erstellen eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur differenzierten Fortführung der implantologischen Behandlung mit Planung der Suprakonstruktion nach Befundaufnahme einschließlich Aufklärung</p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 803 sind die Leistungen nach den Nummern 30 und 500 nicht berechnungsfähig.</i></p>	153
804	<p>Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer – gegebenenfalls auch computergestützter – Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Festlegung der Implantatposition, gegebenenfalls mit Hilfe einer individuellen Schablone, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer</p> <p><i>1. Bei Verwendung einer Röntgenmessschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Neben der Leistung nach Nummer 804 ist die Leistung nach Nummer 80 berechnungsfähig.</i></p>	1058
810	<p>Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift)</p>	1809

	<p>Mit einer Leistung nach Nummer 810 sind folgende Leistungen abgegolten:</p> <p>Schaffung des Zugangs durch das Implantatfach, Anhebung des Kieferhöhlenbodens durch knochenverdrängende oder knochenverdichtende Maßnahmen und der Kieferhöhlenmembran, Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugesbietes des Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)</p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 810 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 815, 816 und 825 berechnungsfähig.</i></p>	
815	<p>Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift) , je Kieferhälfte</p> <p>Mit einer Leistung nach Nummer 815 sind folgende Leistungen abgegolten:</p> <p>Schaffung des Zugangs zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochendeckel), Präparation der Schneider'schen Membran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Schneider'schen Membran, Lagerbildung gegebenenfalls Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugesbietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), gegebenenfalls Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren – einschließlich Fixierung –, gegebenenfalls Reposition des Knochendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss</p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 815 ist für eine Kieferhälfte nicht neben der Leistung nach der Nummer 830 berechnungsfähig.</i></p>	3960
816	<p>Resektion oder operative Umgehung von Knochensepten im Rahmen einer Leistung nach Nummer 815, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 815</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 816 setzt voraus, dass das operative Vorgehen durch die Resektion von Septen oder durch die Notwendigkeit eines zweiten operativen Kieferhöhlzugangszugangs zur Umgehung des knöchernen Septums wesentlich verändert wird.</i></p>	985
820	<p>Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> <p>Mit der Leistung nach Nummer 820 sind folgende Leistungen abgegolten:</p> <p>Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, gegebenenfalls Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaugesbietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, gegebenenfalls einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren einschließlich Fixierung gegebenenfalls einschließlich einfacher Lappenplastiken</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 820 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Neben der Leistung nach Nummer 820 sind die Leistungen nach den Nummern 825 und 830 nicht berechnungsfähig.</i></p>	2694
821	<p>Wird die Leistung nach Nummer 820 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 810 erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 820 berechnungsfähig</p> <p>Wird die Leistung nach Nummer 820 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung 815 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 820 berechnungsfähig.</p>	
825	<p>Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten (Bone Splitting) gegebenenfalls mit Auffüllung der Spalträume mittels Knochen oder Knochenersatzmaterial, gegebenenfalls einschließlich zusätzlicher Osteosynthesemaßnahmen, je Frontzahnbereich oder je Kieferhälfte</p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 825 sind die Leistungen nach den Nummern 820 und 821 nicht berechnungsfähig.</i></p>	1476

826	Vertikale Distraction des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	1600
830	<p>Guided Tissue Regeneration (GTR)/ Guided Bone Regeneration (GBR) mit zusätzlicher Fixierung (z. B. durch Membrannägel) zur Abdeckung von Knochendefekten größeren Umfanges, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> <p><i>1. Neben der Leistung nach Nummer 830 sind die Leistungen nach den Nummern 820 und 821 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Bei der Versorgung eines Knochendefektes bis zu einer Gesamtgröße (bezogen auf eine Kieferhälfte oder Frontzahnbereich) eines Zahngebietes oder eines Parodontiums ist ein Viertel der Gebühr der Leistung nach Nummer 830, bei Versorgung eines Knochendefektes oder eines für den Knochenaufbau vorgesehenen Gebietes bis zu einer Gesamtgröße zweier Zahngebiete oder zweier Parodontien ist die Hälfte der Gebühr der Leistung nach Nummer 830 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>3. Die verwendeten resorbierbaren oder nicht resorbierbaren Barrieren/Membranen sowie zu deren Fixierung verwendete Nägel sind gesondert berechnungsfähig.</i></p>	855
831	<p>Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugbietes gegebenenfalls einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahme-region einschließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestellen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> <p><i>Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr der Leistung nach Nummer 831 berechnungsfähig. Von einem Knochenblock im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung ist auszugehen, wenn dieser bei der Implantation eigenständig fixiert werden muss.</i></p>	650
832	Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z. B. Schrauben- oder Plattenosteosynthese oder Titanetze), zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 820 und 821, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	675
835	<p>Nervverlagerung, einschließlich Neueinbettung</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 835 ist neben anderen operativen Eingriffen mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 840 nicht berechnungsfähig.</i></p>	1500
840	<p>Implantatinsertion, je Implantat</p> <p>Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität, gegebenenfalls einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantates, gegebenenfalls einschließlich einer chirurgischen Führungsschablone, gegebenenfalls auch unter Zuhilfenahme computergestützter Navigation Einbringen eines enossalen Implantates, einschließlich Verschlusschraube und gegebenenfalls Einbringen von Aufbauelementen sowie Wundverschluss, gegebenenfalls einschließlich einfacher Lappenplastiken,</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 840 umfasst alle für das Einzelimplantat anfallenden implantologischen Leistungen.</i></p>	1545
841	<p>Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat</p> <p><i>Ein intraossär paramedian im Gaumen implantiertes orthodontisches Implantat ist nach der Leistung nach Nummer 840 berechnungsfähig.</i></p>	515
845	<p>Freilegen eines Implantats, Überprüfung der Osseointegration oder der knöchernen Einheilung und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem, gegebenenfalls einschließlich einfacher Lappenplastiken</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 845 umfasst neben der Freilegung eines Implantates das Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente in derselben Sitzung.</i></p>	626
846	<p>Entfernen und Wiedereinsetzen eines Aufbauelementes bei einem zweiphasigen Implantatsystem</p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 846 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 840 und 845 berechnungsfähig.</i></p>	313

	<p>2. Die Leistung nach Nummer 846 ist für das Auswechseln von einem oder mehreren Aufbauelementen (z.B. zur Abdrucknahme oder zur definitiven Versorgung) eines zweiphasigen Implantates - auch in mehreren Sitzungen - höchstens dreimal berechnungsfähig.</p>	
847	<p>Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall einschließlich Abnahme und Wiederbefestigung der Suprakonstruktion</p> <p>1. Die Leistung nach Nummer 847 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.</p> <p>2. Neben der Leistung nach Nummer 847 sind die Leistungen nach den Nummern 533 und 535 nicht berechnungsfähig.</p>	313
850	Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z.B. Barrieren – einschließlich Fixierung –, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	330
851	<p>Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z.B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> <p>1. Neben der Leistung nach Nummer 851 ist die Leistung nach Nummer 850 nicht berechnungsfähig.</p> <p>2. Die Entfernung eines Implantats ist mit der Gebühr nach den Nummern 300 oder 304 zu berechnen.</p>	500
860	<p>Implantatnachkontrolle, je Implantat, einschließlich Beratung und Untersuchung, gegebenenfalls einschließlich Entfernen der Suprakonstruktion, Reinigung von Implantatanteilen und/oder der Implantataufbauteile und gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung der Suprakonstruktion</p> <p>1. Die Leistung nach Nummer 860 ist erstmalig frühestens ein Jahr nach der Implantation berechnungsfähig. Dies gilt nicht für Patienten mit Erkrankungen, die regelmäßig mit klinisch relevanten Beeinträchtigungen der Knochenintegration und –qualität verbunden sind.</p> <p>2. Die Leistung nach Nummer 860 ist beginnend ein Jahr nach der Implantation innerhalb von einem Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig. Dies gilt nicht für Patienten mit Erkrankungen, die regelmäßig mit klinisch relevanten Beeinträchtigungen der Knochenintegration und –qualität verbunden sind.</p> <p>3. Die Leistung nach Nummer 860 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 120, 410, 411, 533 und 535 nicht berechnungsfähig.</p>	190
870	Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantates, je Kieferhälfte	1000

...

...

Artikel 2  
Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Die Bundesministerin für Gesundheit kann den Wortlaut der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekanntmachen.

Artikel 3  
Inkrafttreten

Die Verordnung tritt am 1. Juli 2009 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.