

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2d SGB V

in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung

zuletzt geändert zum 01.04.2014

Allgemeine Bestimmungen:

1. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Abs. 2 und 2h¹ SGB V bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Der Inhalt des Leistungsanspruchs der Versicherten und der Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung ergibt sich auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen des SGB V aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Verbindung mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen.

2. Eine Leistung ist als selbstständige Leistung dann nicht abrechnungsfähig, wenn sie Bestandteil einer anderen abrechnungsfähigen Leistung ist. Eine Leistung ist aber nur dann abrechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wird.
3. Zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 Bema-Punkt anzusetzen. Die ermittelten Bewertungszahlen sind auf ganze Zahlen aufzurunden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist im Rahmen der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nach folgender Maßgabe anzuwenden:

a) gestrichen durch Beschluss des Bewertungsausschusses am 17.12.2012, gültig ab 01.04.2013

Abschnitte B IV (Nrn. 55, 56, 61, 62), B V, B VI (Nrn. 70, 75²), C (Nrn. 200, 204, 210² - nicht in derselben Sitzung mit operativen Eingriffen oder Wundversorgungen, Nrn. 250, 251, 252² - nicht für die Injektion zu Heilzwecken - , 253, 254, 255, 271, 272, 300, 303²) J, L und N finden Anwendung, soweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine vergleichbaren Leistungen enthält.

¹ vormals Abs. 2d, geändert durch GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I Nr. 11 vom 30.03.2007)

² Die Systematik der Leistungsnummern hat sich geändert.

3a. ³Für die Berechnung von Wegegeld und Reiseentschädigung gilt § 8 Abs. 2 und 3 GOZ.

Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.12.2012:

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

4. Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenzahnärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.

5. ⁴Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sowie die zahntechnischen Laborkosten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, und die Versand- und Portokosten. Die Kosten der Röntgendiagnostik - mit Ausnahme der Versand- und Portokosten - sind in den Leistungsansätzen enthalten.

³ Nr. 3a eingefügt durch Beschluss des Bewertungsausschusses am 17.12.2012, gültig ab 01.04.2013

⁴ (Siehe auch Beschluss Nr. 32 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ (ab 01.01.2005 § 29 EKVZ) vom 27.11.1973, gültig ab 01.01.1974 - gilt nur für Ersatzkassen)

Nr./ Abkürzung	Bew. Zahl	Leistung	Abrechnungsbestimmungen
63 FI	80	Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung	
105 Mu	8	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung	
			Die Behandlung von Prothesendruckstellen kann nur dann auf dem Erfassungsschein ¹ abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.
106 SK	10	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, Ätzungen flächenhafter Milchzahn-Karies, je Sitzung	
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Zum Artikulationsausgleich ist auch für das Beschleifen von Prothesenzähnen im Gegenkiefer die Nr. 106 einmal je Kiefer ansatzfähig. Neben einer Leistung nach Nr. 106 kann eine Leistung nach Nr. 89 für denselben Kiefer nicht abgerechnet werden. 2. Das Beseitigen störender Prothesenränder kann nur dann auf dem Erfassungsschein¹ abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.
107 Zst	16	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung	
			Das Entfernen harter Zahnbeläge ist einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig.
151 Bs1	36	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	
			Neben der Leistung nach Nr. 151 sind die Leistungen nach Nrn. 153, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 151 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.
152 Bs2	34	Besuch je weiterem Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	
			Neben der Leistung nach Nr. 152 sind die Leistungen nach Nrn. 153, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 152 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

¹ betrifft auch die elektronische Abrechnung.

Nr./ Abkürzung	Bew. Zahl	Leistung	Abrechnungsbestimmungen
153 Bs3	28	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht.	<p>Die Leistung nach Nr. 153 ist neben den Nrn. 151, 152, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 153 sind die Zuschläge nach den Nrn. 161a bis 161f nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 153 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.</p>
154 Bs4	28	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	<ol style="list-style-type: none"> Die Leistung nach Nr. 154 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat. Neben der Leistung nach Nr. 154 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152 und 153 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.
155 Bs5	26	Besuch je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 154 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	<ol style="list-style-type: none"> Die Leistung nach Nr. 155 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat. Neben der Leistung nach Nr. 155 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152 und 153 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 155 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.
161		Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 151 und 154	
161a ZBs1a	18		a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche
161b ZBs1b	29		b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche
161c ZBs1c	50		c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche

Nr./ Abkürzung	Bew. Zahl	Leistung	Abrechnungsbestimmungen
161d ZBs1d	38		d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche
161e ZBs1e	67		e) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche
161f ZBs1f	88		f) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche
			Die Zuschläge nach den Nrn. 161a bis 161f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.
162		Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 152 und 155	
162a ZBs2a	9		a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche nach Nr. 152
162b ZBs2b	15		b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche nach Nr. 152
162c ZBs2c	25		c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche nach Nr. 152
162d ZBs2d	19		d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche nach Nr. 152
162e ZBs2e	34		e) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche nach Nr. 152
162f ZBs2f	44		f) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche nach Nr. 152
			Neben der Nr. 152 sind alle Zuschläge der Nrn. 162a - 162f abrechnungsfähig.
			Die Zuschläge nach den Nrn. 162 a bis 162 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.
165	14	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152, 153, 154 und 155 bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr	

Nr./ Abkürzung	Bew. Zahl	Leistung	Abrechnungsbestimmungen
171		Zuschlag nach § 87 Abs. 2i SGB V	
171a PBA1a	35		a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen
171b PBA1b	30		b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem Versicherten, der pflegebedürftig ist, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweist, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 171a
<p>1. Die Leistungen sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einer Pflegestufe nach § 15 Abs. 1 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI eingeschränkt sind und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung oder eingeschränkten Alltagskompetenz nicht oder nur mit einem hohen Aufwand aufsuchen können.</p> <p>2. Die Leistungen sind neben den Besuchsgebühren der BEMA-Nrn. 151 bis 153 einschließlich der Zuschläge nach den BEMA-Nrn. 161, 162 und 165 sowie dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechenbar.</p> <p>3. Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nr. 171 ist vom Zahnarzt ggf. anhand des Bescheides der Pflegekasse oder des Bescheides über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in der Patientenakte zu dokumentieren. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.</p> <p>4. Die Notwendigkeit des Aufsuchens, beispielsweise bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, ist zu dokumentieren.</p>			
172		Zuschlag nach § 87 Abs. 2i SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V	
172a SP1a	36		a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung
172b SP1b	31		b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a

Nr./ Abkürzung	Bew. Zahl	Leistung	Abrechnungsbestimmungen
172c SP1c	16		c) Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit, einschließlich Dokumentation anhand des Formblatts nach Anlage 2 zur Rahmenvereinbarung gemäß § 119b Abs. 2 SGB V
172d SP1d	20		d) Unterstützung und ggf. praktische Anleitung des Pflegepersonals bei der Durchführung der ihm obliegenden Aufgaben durch versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege sowie zu Pflege und Handhabung des Zahnersatzes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d sind nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat. 2. Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d sind neben den Besuchsgebühren der Nrn. 154 und 155, einschließlich der Zuschläge nach Nrn. 161, 162 und 165 sowie dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig. Sie sind nicht neben den Nrn. 151, 152 und 153 und nicht neben den Nrn. 171a und 171b abrechnungsfähig. 3. Leistungen nach Nrn. 172c und 172d können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden, frühestens nach Ablauf von vier Monaten. 4. Der Vertragszahnarzt kann für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, mit welcher der Vertragszahnarzt einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V abgeschlossen hat, der den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und insoweit den Vertragszahnarzt zur Abrechnung von Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d berechtigt, keine Leistungen nach Nrn. 171a und 171b abrechnen. 			

Nr./ Abkürzung	Bew. Zahl	Leistung	Abrechnungsbestimmungen
181 Ksl	14	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Leistung nach Nr. 181 ist nur abrechnungsfähig, wenn sich der Zahnarzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat. 2. Die Leistung nach Nr. 181 ist auch dann abrechnungsfähig, wenn die Erörterung zwischen einem Zahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt. 3. Die Leistung nach Nr. 181 ist nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind. Sie sind nicht abrechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen.
182 KsIK	14	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Leistung nach Nr. 182 ist nur abrechnungsfähig für konsiliarische Erörterungen, die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden und der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat. 2. Die Leistung nach Nr. 182 ist auch dann abrechnungsfähig, wenn die Erörterung zwischen einem Kooperationszahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt. 3. Die Leistung nach Nr. 182 ist nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind.

Hinweis:

Für die Abrechnung ändern sich zum 01.04.2014 auch noch andere Leistungen und Bestimmungen, die nicht mit den Kooperationsverträgen zu tun haben, der Vollständigkeit halber aber auch hier erwähnt werden.

Neu ist die Leistung Nr. 181 (Ksl) Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten (diese ersetzt die Nr. 7600 GOÄ-82; die Zuschlagsleistungen im Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung nach Nrn. 7601 bis 7606 werden ersatzlos gestrichen)

Die Gebührennummern 151, 152 und 153 werden wie folgt geändert:

1. Die Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 151 werden wie folgt gefasst:

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

2. Die Leistungsbeschreibung der Nr. 152 wird wie folgt gefasst:

Besuch je weiterem Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung.

3. Die Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 152 werden wie folgt gefasst:

Neben der Leistung nach Nr. 152 sind die Leistungen nach Nrn. 153, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 152 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

4. Die Nr. 153 wird wie folgt gefasst:

Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht.

Die Nr. 153 ist neben den Nrn. 151, 152, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Neben der Nr. 153 sind die Zuschläge nach den Nrn. 161a bis 161f nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 153 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

Die Gebührennummern 161, 162 und 165 werden wie folgt geändert:

1. Die Nummer 161 wird wie folgt geändert:

In der Überschrift zu Nummer 161 werden die Worte „nach den Nrn. 151, 153“ durch die Worte „nach den Nrn. 151 und 154“ ersetzt.

In Nummer 161a werden die Worte „nach den Nrn. 151 oder 153“ gestrichen.

In den Nummern 161b bis 161f werden die Worte „ nach Nr. 151“ gestrichen.

2. Die Nummer 162 wird wie folgt geändert:

In der Überschrift zu Nummer 162 werden die Worte „nach Nr. 152“ durch die Worte „nach den Nrn. 152 und 155“ ersetzt.

3. Die Leistungsbeschreibung der Nummer 165 wird wie folgt gefasst:

Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152, 153, 154 und 155 bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr.

Die Leistungsbeschreibung zu Gebührennummer 171b wird wie folgt gefasst:

Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem Versicherten, der pflegebedürftig ist, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweist, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 171a.

Die Gebührennummern 181 neu ab 01.04.2014:

Außerdem wird Nr. 181 (Ksl) „Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten“ mit 14 Punkten ab 01.04.2014 neu in den BEMA aufgenommen. Diese Leistung ersetzt die bisherigen GOÄ-Leistungen 7600 bis 7606, die ab dem Leistungsdatum 01.04.2014 nicht mehr abgerechnet werden können.