

Informationsmappe zu den Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

Nachfolgend möchten wir Ihnen Informationen zu Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V geben. Wir hoffen, dass diese Unterlagen Ihnen bei der Entscheidungsfindung eine Hilfe sind.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren Regelungen geschaffen, die das Ziel verfolgen, die Versorgungsstrukturen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen zu verbessern.

Nach § 119b SGB V ist es möglich, Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen zu schließen. Für Leistungen, die ein Zahnarzt im Rahmen eines solchen Kooperationsvertrages erbringt, gibt es nach § 87 Abs. 2j SGB V zusätzliche Leistungsposition.

- **Rahmenvereinbarung mit verbindlichen Vorgaben**

Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu diesen Kooperationsverträgen wurde auf Bundesebene zwischen KZBV und dem GKV-Spitzenverband Bund im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen sowie den Verbänden der Pflegeberufe eine Rahmenvereinbarung zum 1. April 2014 geschlossen, zuletzt neu gefasst am 6. November 2019. Diese Rahmenvereinbarung gibt verbindliche Inhalte eines Kooperationsvertrages vor und ist im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte als Anlage 12 verankert.

- **Mustervertrag**

Basierend auf dieser Rahmenvereinbarung wurde ein Mustervertrag für den Abschluss eines Kooperationsvertrages entwickelt. Dieser ist für einen etwaigen Vertragsabschluss zu empfehlen.

- **Anzeige gegenüber der KZV Sachsen**

Besonders hinzuweisen ist auf die Anzeige- und Berichtspflicht des Zahnarztes gegenüber seiner KZV. Der Zahnarzt muss die Teilnahme an einem Vertrag der KZV Sachsen melden. Ebenso sind Vertragsänderungen sowie die Beendigung des Vertrages anzuzeigen (§ 1 Abs. 3 RV).

Um entscheiden zu können, ob der abgeschlossene Kooperationsvertrag die Vorgaben der Rahmenvereinbarung erfüllt, wird die KZV Sachsen die Vorlage verlangen. Die KZV Sachsen entscheidet dann durch Bescheid, ob der Vertrag zur Abrechnung der Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V berechtigt. Erst wenn diese Entscheidung getroffen ist, ist eine Abrechnung der Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V möglich. Die Abrechnung erfolgt über die KZV Sachsen.

- **Berichtspflicht gegenüber der KZV Sachsen**

Anhand eines Berichtsbogens dokumentiert der Zahnarzt bis zum 31. Dezember eines Jahres gegenüber der KZV Sachsen die Anzahl der von ihm betreuten Versicherten. Dazu ist der Berichtsbogen gemäß Anlage 1 der Rahmenvereinbarung zu verwenden. Zu beachten ist dabei, dass die auf dem Berichtsbogen zum Stichtag 30. Juni bzw. einmalig zu Beginn des Kooperationsvertrages anzugebende Anzahl der betreuten Patienten sich dabei nicht auf die bereits konkret auf der Grundlage des Kooperationsvertrages behandelten Bewohner der Pflegeeinrichtung bezieht, sondern auf alle Bewohner, die gemäß der Mitteilung der Pflegeeinrichtung potentiell eine Behandlung durch den Kooperationszahnarzt wünschen. Hält ein Zahnarzt die Berichtspflicht nicht ein, so behält sich die KZV Sachsen zur Vermeidung von Regressansprüchen den Widerruf der Abrechnungsberechtigung vor.

Wir empfehlen Ihnen, sich vor Abschluss eines Kooperationsvertrages mit den Inhalten der Rahmenvereinbarung vertraut zu machen.

Fragen zum Vertrag bzw. Abrechnung beantworten bei der KZV Sachsen:

<u>Vertrag:</u>	Frau Katrin Schumann Justitiariat Tel. 0351 8053 606	<u>Abrechnung:</u>	Frau Birgit Schröder Leiterin GB Abrechnung Tel. 0351 8053 450
E-Mail:	rechtsabteilung@kzv-sachsen.de		abrechnung@kzv-sachsen.de

Dr. Holger Weißig
Vorstandsvorsitzender

Ass. jur. Meike Gorski-Goebel
stellv. Vorstandsvorsitzende

Anlagen:

- Anlage 1: Rahmenvereinbarung gem. § 119 b Abs. 2 SGB V (Anlage 12 BMV-Z)
- Anlage 2: Berichtsbogen, gem. Anlage 1 der Rahmenvereinbarung
(Vertragszahnärzte an KZV)
- Anlage 3: Formblatt Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte
und Pflege- oder Unterstützungspersonen, Anlage 2 der Rahmenvereinbarung
- Anlage 4: Beispiel Kooperationsvertrag KZBV
- Anlage 5: Anzeige über Kooperationsvertrag
- Anlage 6: Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen
vom 19.10.2017
Beschluss des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom
19.08.2020
- Anlage 7: Besuchsgebühren und mögliche Zuschläge - abrechenbar im Rahmen eines Kooperationsvertrages
gem. § 119b Abs. 1 SGB V

9. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z

Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**, K. d. ö. R., Köln
und der
Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., Berlin
vereinbaren Folgendes:

**Neufassung der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen
an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische
Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären
Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte
zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen)
(Anlage 12 BMV-Z),
vom 18.03.2014, in Kraft getreten am 01.04.2014,
Änderung der Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung (Anlage 14a
BMV-Z), hier: Ergänzung Vordruck 10**

I. Anlage 12 BMV-Z wird wie folgt neu gefasst:

Präambel

¹Die Parteien des Bundesmantelvertrags vereinbaren auf Grund des in § 119b Abs. 2 SGB V enthaltenen Auftrags im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. ²Auf der Grundlage von § 119b Abs. 2a SGB V vereinbaren die Vertragspartner zudem verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und vertragszahnärztlichen Leistungserbringern.

³Die Vereinbarung soll eine die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten berücksichtigende zahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen.

⁴Erforderlich sind hierzu insbesondere eine regelmäßige Betreuung der Pflegebedürftigen sowie eine enge Kooperation zwischen den Vertragspartnern des Kooperationsvertrags.

⁵Hierfür haben die Vertragspartner durch Ergänzung des Bundesmantelvertrags und die Aufnahme einer entsprechenden Leistungsposition in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) nach § 87 Abs. 2j SGB V die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen.

⁶Die regelmäßige Betreuung und alle in der Vereinbarung vorgesehenen oder empfohlenen zahnärztlichen und pflegerischen Maßnahmen werden nur durchgeführt, wenn der Bewohner oder sein gesetzlicher Vertreter dem zustimmt. ⁷Ebenso bleibt das Recht auf freie Arztwahl unberührt. Die Organisation der zahnärztlichen Versorgung ist gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung unter angemessener Berücksichtigung der betrieblichen Abläufe und personellen Ressourcen in der Pflegeeinrichtung auszugestalten.

§ 1 Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen

- (1) Vertragszahnärzte (im Folgenden: Kooperationszahnärzte) können nach § 119b Abs. 1 SGB V mit stationären Pflegeeinrichtungen auf Basis der vorliegenden Vereinbarung einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge schließen.

- (2) ¹Der Kooperationsvertrag umfasst alle in § 2, § 3 und § 4 enthaltenen Inhalte.

²In dem Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V ist verbindlich zu regeln, dass die Vertragspartner auch im Rahmen dieses Vertrags weder ein Entgelt noch sonstige wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Versicherten im Sinne der §§ 73 Abs. 7 sowie 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V versprechen oder gewähren dürfen.

³Des Weiteren kann der Kooperationsvertrag die folgenden Inhalte umfassen:

- Die stationäre Pflegeeinrichtung verwahrt relevante Unterlagen (z. B. das Bonusheft) für die Pflegebedürftigen und stellt sie dem Kooperationszahnarzt zur Verfügung
- Ein regelmäßiger Besuchsturnus ohne anlassbezogene Anforderung eines Besuchs wird vereinbart
- Regelungen zur Rufbereitschaft
- Regelungen zur Laufzeit und zur Kündigung

- (3) ¹Die Teilnahme an einem Vertrag gemäß Abs. 1 und 2 ist vom Vertragszahnarzt unter Angabe der Vertragspartner gegenüber der für diesen zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzuzeigen. ²Anzeigepflichtig sind auch Vertragsänderungen sowie die Beendigung eines solchen Vertrags, etwa infolge Kündigung oder Ablauf der Vertragsdauer. ³Auf Verlangen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung hat der Vertragszahnarzt den Vertrag dieser vorzulegen. ⁴Im Fall einer Vertragsänderung kann sich die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Vertrag erneut vorlegen lassen. ⁵Die Kassenzahnärztliche Vereinigung stellt gegenüber dem Vertragszahnarzt konstitutiv fest, dass dieser auf der Grundlage des von ihm mit der Pflegeeinrichtung geschlossenen oder eines geänderten Vertrags nach Abs. 1 und 2 zur Abrechnung der Leistungen gemäß § 87 Abs. 2j SGB V berechtigt ist. ⁶Die Kassenzahnärztliche Vereinigung trifft ihre Entscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen. ⁷Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unter Angabe der Vertragspartner nach Abs. 1 sowohl über den Abschluss als auch über die Änderung eines Kooperationsvertrags zu unterrichten.

§ 2 Qualitäts- und Versorgungsziele

¹Ziel der Kooperationsverträge ist die Sicherstellung einer regelmäßigen, die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten berücksichtigenden vertragszahnärztlichen Versorgung in Kooperation mit der stationären Pflegeeinrichtung. ²Zahnarzt und Pflegeeinrichtung verfolgen gemeinsam das Ziel, die an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen und die Zusammenarbeit zu stärken. ³Die insoweit zu verfolgenden Qualitäts- und Versorgungsziele sind insbesondere:

- Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (unter anderem Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe)
- Vermeiden, frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs
- Regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen
- Zeitnahe, den Lebensumständen des Pflegebedürftigen Rechnung tragende Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung
- Verminderung der beschwerdeorientierten Inanspruchnahme, Vermeiden von zahnmedizinisch bedingten Krankentransporten und Krankenhausaufenthalten

- Stärkung der Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen den an der Pflege sowie der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, den Bewohnern/gesetzlichen Vertretern sowie deren Angehörigen

§ 3 Kooperationsregeln

- (1) ¹Der Kooperationszahnarzt unterstützt durch Wahrnehmung seiner Aufgaben nach § 4 die stationäre Pflegeeinrichtung bei der Wahrnehmung der ihr obliegenden Aufgaben hinsichtlich der Mundgesundheit der Pflegebedürftigen. ²Im Hinblick auf die Erfüllung dieser Aufgaben nimmt die Pflegeeinrichtung die Informationen des Kooperationszahnarztes insbesondere über Maßnahmen zum Erhalt der Mundgesundheit zur Kenntnis (§ 4 Abs. 1 Ziffer 3). ³Des Weiteren nimmt das Personal der Pflegeeinrichtung je nach den Gegebenheiten an der (ggf. praktischen) Anleitung durch den Kooperationszahnarzt (§ 4 Abs. 1 Ziffer 4) teil und setzt dessen Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege und zu Pflege/Handhabung des Zahnersatzes um.
- (2) ¹Die Pflegeeinrichtung informiert den Kooperationszahnarzt zeitnah über Bewohner, die eine Betreuung durch den Kooperationszahnarzt wünschen. ²Bei neu aufgenommenen Bewohnern geschieht dies nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen.
- (3) ¹Die Pflegeeinrichtung ermöglicht durch Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen eine regelmäßige Betreuung der Pflegebedürftigen durch den Kooperationszahnarzt. ²Hierzu zählt, dass dem Kooperationszahnarzt konkrete Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung benannt werden, und dass er für die Durchführung der Besuche in geeigneter Form Zugang zu den Räumlichkeiten erhält.
- (4) Die Pflegeeinrichtung gewährt dem Kooperationszahnarzt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur insoweit es der Kooperationszahnarzt für die Beurteilung eventueller Behandlungsrisiken und des Behandlungserfolgs für erforderlich hält Einsicht in die medizinischen Unterlagen der Pflegebedürftigen und stellt die Kontaktdaten der den jeweiligen Pflegebedürftigen behandelnden Ärzte und Zahnärzte zur Verfügung.

§ 4 Aufgaben des Kooperationszahnarztes

- (1) Um die in § 2 formulierten Qualitäts- und Versorgungsziele umzusetzen, soll der Kooperationszahnarzt bei den in der Pflegeeinrichtung betreuten Versicherten die folgenden Leistungen erbringen:

Diagnostik

1. Im Fall der Neuaufnahme eines Pflegebedürftigen in die Pflegeeinrichtung soll die erste Untersuchung innerhalb von acht Wochen ab der Information des Zahnarztes durch die Pflegeeinrichtung über die Neuaufnahme stattfinden.
2. Bis zu zweimal jährlich: Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, dabei Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs. Die zahnärztliche Untersuchung wird im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 ff. SGB V bestätigt.

Präventionsmaßnahmen, weitere Maßnahmen und zahnärztliche Fortbildung

3. Bis zu zweimal jährlich: Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan, dabei Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, Angabe der gegenüber dem Versicherten und ggf. der Pflegepersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie, Angabe der empfohlenen Durch-

föhrungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maönnahmen und Mittel, Angabe, ob die Maönnahmen von dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflegeperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind, Angaben zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung. Bei der Erstellung des Plans werden Angaben des Versicherten und ggf. der Pflegepersonen berücksichtigt. Der Mundgesundheitsstatus und der individuelle Mundgesundheitsplan werden in den Vordruck nach Anlage 2 (Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z) eingetragen. Pflegepersonen können diesen mit Zustimmung des Versicherten als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.

4. Bis zu zweimal jährlich: Mundgesundheitsaufklärung, dabei Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans, Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches sowie der Mundschleimhaut, Demonstration und ggf. praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes, Erläuterung des Nutzens der vorstehenden Maßnahmen, Anregen und Ermutigen des Versicherten sowie dessen Pflegepersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren. Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für den Versicherten sowie ggf. für die Pflegeperson verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise. Soweit der Versicherte oder dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflegepersonen zu konzentrieren bzw. gegebenenfalls zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflegepersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.
5. An den Zähnen und am Zahnersatz sollen nach Möglichkeit alle natürlichen bzw. iatrogenen Reizfaktoren beseitigt werden. Bei behandlungsbedürftigen zahnärztlichen Befunden soll zeitnah eine Behandlung erfolgen oder auf diese hingewirkt werden; hierzu erfolgt gegebenenfalls eine Empfehlung oder Überweisung. Die Durchführung von empfohlenen oder veranlassten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung festgestellt.
6. Bis zu zweimal jährlich: Entfernen harter Zahnbeläge.

Information, Kooperation und Koordination

7. Bedarfsorientiert: Konsiliarische Erörterungen mit Ärzten und Zahnärzten; insbesondere soll dem Krankheitsbild der Xerostomie durch Hinweise auf eine Prüfung und ggf. Änderung einer möglicherweise Mundtrockenheit bewirkenden Medikation entgegengewirkt werden.
8. Bedarfsorientiert: Unterrichten der Pflegeeinrichtung über festgestellte Befunde, die nicht im Rahmen der zahnärztlichen Besuchstätigkeit behandelt werden können, ggf. Empfehlung/Überweisung zur weiteren Abklärung oder Behandlung von festgestellten Befunden.
9. Bedarfsorientiert: Kooperationsgespräche mit der Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung, dem beliefernden Apotheker und anderen an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, sofern die Pflegeeinrichtung die Verantwortung für deren Tätigkeit nicht trägt, im Hinblick auf Strukturen und Abläufe, die der Mundgesundheit der Bewohner förderlich sind.

Therapie

10. Unmittelbar nach der eingehenden Untersuchung oder an einem weiteren Behandlungstermin: Behandlung bzw. Hinwirken auf eine Behandlung entsprechend des festgestellten Behandlungsbedarfs; dabei erfolgen in der Pflegeeinrichtung nur solche Maßnahmen, die in dieser nach den konkreten Umständen sowie nach den Regeln der zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können.

- (2) Dem Kooperationszahnarzt wird empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen zu den aus dem Kooperationsvertrag erwachsenden speziellen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen zu absolvieren.

§ 5 Abrechnung der zusätzlichen Vergütung nach § 87 Abs. 2j SGB V

- (1) Die Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V sind abrechenbar, wenn ein zwischen Kooperationszahnarzt und Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nach näherer Maßgabe des § 1 Abs. 3 gültiger Kooperationsvertrag besteht.
- (2) Die Kooperationszahnärztin oder der Kooperationszahnarzt rechnet die Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V über die Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber der Krankenkasse ab.

§ 6 Berichterstattung

- (1) Der Kooperationszahnarzt dokumentiert zum Ende des Kalenderjahrs gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung die Anzahl der von ihm in der jeweiligen Pflegeeinrichtung betreuten Versicherten durch Vorlage des Berichtsbogens nach Anlage 1.
- (2) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen berichten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung jährlich bis zum Ende des zweiten Quartals des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres über das Versorgungsgeschehen im Zusammenhang mit Kooperationsverträgen im Berichtsjahr. ²Dabei sind die Daten zu den Parametern des Berichtsbogens nach Anlage 1, die Anzahl der konsiliarischen Erörterungen für alle im KZV-Bereich abgeschlossenen Verträge sowie die Anzahl der Kooperationszahnärzte und der erbrachten Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V darzustellen.
- (3) ¹Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung berichtet dem GKV-Spitzenverband bis zum Ende des dritten Quartals des Folgejahrs über die bundesweiten Ergebnisse. ²Dabei werden die Daten zu den Parametern des Berichtsbogens nach Anlage 1, die Anzahl der Kooperationszahnärzte und der abgerechneten Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V sowie die Anzahl der konsiliarischen Erörterungen gegliedert nach Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dargestellt.
- (4) Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband werten die Berichte nach Absatz 3 aus und berichten der Bundesregierung gemäß § 119b Abs. 3 Satz 4 SGB V im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019, über die Entwicklung von Kooperationen und die Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

§ 7 Anforderungen an den Datenaustausch

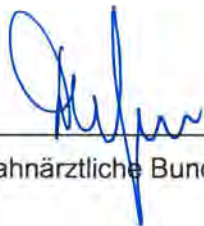
- (1) Kooperationszahnärzte und Pflegeeinrichtungen nutzen für den elektronischen Datenaustausch ein sicheres Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur nach § 291b Abs. 1e SGB V.
- (2) ¹Soweit ein Übermittlungsverfahren nach Absatz 1 noch nicht für Kooperationszahnärzte und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung steht, sind Kooperationszahnärzte und Pflegeeinrichtungen berechtigt, eine andere Art der Übermittlung zu nutzen. ²Diese muss insbesondere eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung nach dem Stand der Technik gewährleisten, um die Vertraulichkeit, Integrität und die Authentizität der Daten sicherzustellen. ³Sofern an anderer Stelle Standards für die Signierung des zu übertragenden Informationsobjektes festgelegt sind, sind diese einzuhalten.
- (3) Bei der Übertragung standardisierter medizinischer Informationen sind die Festlegungen der Gesellschaft für Telematik sowie die Festlegungen nach § 291b Abs. 1 SGB V zur Gewährleistung der semantischen und syntaktischen Interoperabilität einzuhalten.

§ 8 Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel

- (1) Die Rahmenvereinbarung tritt am Tag nach der Unterzeichnung in Kraft.
- (2) ¹Die Rahmenvereinbarung kann von beiden Partnern mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahrs gekündigt werden. ²Die Kündigung des Vertrags schließt die Anlagen mit ein. ³Sobald eine Kündigung erfolgt oder, wenn Rechtsänderungen auf die Inhalte dieser Rahmenvereinbarung einwirken, treten die Partner der Rahmenvereinbarung in Verhandlungen über eine neue Rahmenvereinbarung ein.
- (3) ¹Sollte eine Bestimmung der Rahmenvereinbarung unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. ²Die Vertragsparteien verpflichten sich, anstelle einer unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende, wirksame Regelung zu treffen.

II. Die Anlage 14a BMV-Z (Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung) wird um Vordruck 10 (Anlage 2 dieser Vereinbarung) ergänzt.

Köln, Berlin 06.11.2019



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



GKV-Spitzenverband



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Anlage 1: Berichtsbogen (Vertragszahnärzte an KZV):

**Koordinations- und Kooperationsleistungen
in stationären Pflegeeinrichtungen
nach § 119b Abs. 1 SGB V**

Abr.-Nr. Kooperationszahnarzt:

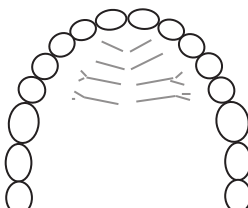
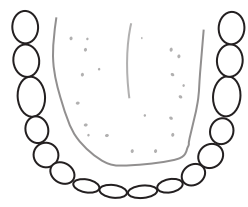
Pflegeeinrichtung (Name, Ort):

Berichtsjahr:

Anzahl der vom Kooperationszahnarzt
betreuten Versicherten
zum Stichtag 30. Juni des Berichtsjahrs
bzw. einmalig zu Beginn
des Kooperationsvertrags:

Ort, Datum, Unterschrift Zahnarzt:

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
----------------------	--------------------	---------------------------

Status Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese ☐ Teilprothese ☐ Beläge rechts ☐ Beläge links ☐  Unterkiefer Totalprothese ☐ Teilprothese ☐ Beläge rechts ☐ Beläge links ☐ rechts links <i>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</i> 	Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine ☐ Teilweise ☐ Vollständig ☐ Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) ☐ Bürste Hand ☐ Bürste elektrisch ☐ Dreikopfbürste ☐ Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) ☐ Fluoridgel (1-mal je Woche) ☐ Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) ☐ Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) ☐ Zunge reinigen (1-mal am Tag) ☐ Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) ☐ Speichelfluss fördern ☐ Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____	Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient ☐ Rechtl. Betreuer ☐ Angehörige ☐ Hausarzt ☐ Pflege-/Unterstützungspers. ☐ Anderer Zahnarzt ☐ Apotheker ☐ Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ ☐ Pflegeeinrichtung _____ ☐ Andernorts _____ Behandlung in Narkose ☐ Krankenfahrt/-transport erforderlich ☐ Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja ☐ Nein ☐ Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____
--	--	---

Zustand Pflege Zähne 😊 😐 ☹️ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️ Zahnersatz 😊 😐 ☹️ 	Behandlungsbedarf Füllung ☐ Zahnfleisch/Mundschleimhaut ☐ Zahnentfernung ☐ Zahnersatz ☐ Sonstiges ☐
--	--

Angepasste Anforderungen
an Kooperationsverträge
zwischen
Vertragszahnärzten und Pflegeeinrichtungen
gem. § 119b Abs. 1 SGB V

Vorbemerkung:

Seit dem 01.04.2014 besteht für Vertragszahnärzte, die mit einer stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag i.S.v. § 119b Abs. 1 SGB V abgeschlossen haben, die Möglichkeit, für im Rahmen eines solchen Vertrags erbrachte Leistungen eine zusätzliche Gebühr nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA-Nr. 172) abzurechnen.

Gemäß § 87 Abs. 2j Satz 2 SGB V ist Voraussetzung für die Abrechnung, dass der Kooperationsvertrag die in der auf Bundesebene zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband getroffenen Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V festgelegten Anforderungen einhält. Die Vorgaben der Rahmenvereinbarung müssen sich inhaltlich in den Bestimmungen des Kooperationsvertrags wiederfinden, wobei die Umsetzung – insbesondere die systematische und sprachliche Ausgestaltung – der Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner überlassen bleibt. Hinsichtlich der zwingenden Anforderungen empfiehlt sich aber eine Orientierung an § 1 Abs. 2 Satz 2 und an den §§ 2 bis 4 der Rahmenvereinbarung, da die dort niedergelegten Inhalte erfüllt sein müssen.

Die in § 4 der Rahmenvereinbarung niedergelegten Aufgaben des Kooperationszahnarztes sind inhaltlich an die vom Bewertungsausschuss neu eingeführte BEMA-Nr. 174 angeglichen worden. Die Änderungen werden in dem nachfolgend dargestellten Beispiel für einen Kooperationsvertrag berücksichtigt. Da sich die Situation für die potentiellen Vertragspartner je nach Pflegeeinrichtung und KZV-Bereich unterschiedlich darstellt, beschränkt sich das Vertragsbeispiel im Wesentlichen auf Mindestanforderungen. Die Partner des jeweiligen Kooperationsvertrags sollten die gegenseitigen Rechte und Pflichten daher – ausgerichtet an den spezifischen Gegebenheiten – näher konkretisieren und gegebenenfalls weitere Bestimmungen aufnehmen.

Vertrag
i.S.d. §§ 119b Abs. 1, 87 Abs. 2j SGB V
zur kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegeri-
schen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten
in stationären Pflegeeinrichtungen
(Kooperationsvertrag zahnärztliche und pflegerische Versorgung)

zwischen

1. [Pflegeeinrichtung, Name, Anschrift, vertreten durch ...], im Folgenden „Pflegeeinrichtung“ und
2. [Vertragszahnarzt, Name, Anschrift, Abr.-Nr.], im Folgenden „Kooperationszahnarzt“

Präambel

Die Vertragsparteien treffen vorliegende Vereinbarung i.S.d. § 119b Abs. 1 SGB V zur Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Kooperationsvertrag).

Der Kooperationsvertrag soll eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung sicherstellen. Erforderlich sind hierzu insbesondere eine regelmäßige Betreuung der Pflegebedürftigen sowie eine enge Kooperation zwischen den Vertragspartnern.

Die regelmäßige Betreuung und alle in der Vereinbarung vorgesehenen oder empfohlenen zahnärztlichen und pflegerischen Maßnahmen werden nur durchgeführt, wenn der Bewohner oder sein gesetzlicher Vertreter dem zustimmt. Das Recht auf freie Arztwahl bleibt unberührt. Die Organisation der zahnärztlichen Versorgung ist gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung unter angemessener Berücksichtigung der betrieblichen Abläufe und personellen Ressourcen in der Pflegeeinrichtung anzugehen.

§ 1 Qualitäts- und Versorgungsziele

Ziel des vorliegenden Kooperationsvertrags ist die Sicherstellung einer regelmäßigen, die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten berücksichtigenden vertragszahnärztlichen Versorgung in Kooperation mit der stationären Pflegeeinrichtung. Zahnarzt und Pflegeeinrichtung verfolgen gemeinsam das Ziel, die an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen und die Zusammenarbeit zu stärken. Die insoweit zu verfolgenden Qualitäts- und Versorgungsziele sind insbesondere

- Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (unter anderem Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe)
- Vermeiden, frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs

- Regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen
- Zeitnahe, den Lebensumständen des Pflegebedürftigen Rechnung tragende Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung
- Verminderung der beschwerdeorientierten Inanspruchnahme, Vermeiden von zahnmedizinisch bedingten Krankentransporten und Krankenhausaufenthalten
- Stärkung der Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen den an der Pflege sowie der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, den Bewohnern/gesetzlichen Vertretern sowie deren Angehörigen.

§ 2 Kooperationsregeln

- (1) Der Kooperationszahnarzt unterstützt durch Wahrnehmung seiner Aufgaben nach § 3 die stationäre Pflegeeinrichtung bei der Wahrnehmung der ihr obliegenden Aufgaben hinsichtlich der Mundgesundheit der Pflegebedürftigen. Im Hinblick auf die Erfüllung dieser Aufgaben nimmt die Pflegeeinrichtung die Informationen des Kooperationszahnarztes insbesondere über Maßnahmen zum Erhalt der Mundgesundheit zur Kenntnis (§ 3 Abs. 1 Ziffer 3). Des Weiteren nimmt das Personal der Pflegeeinrichtung je nach den Gegebenheiten an der (ggf. praktischen) Anleitung durch den Kooperationszahnarzt (§ 3 Abs. 1 Ziffer 4) teil und setzt dessen Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege und zur Pflege/Handhabung des Zahnersatzes um.
- (2) Die Pflegeeinrichtung informiert den Kooperationszahnarzt zeitnah über Bewohner, die eine Betreuung durch den Kooperationszahnarzt wünschen. Bei neu aufgenommenen Bewohnern geschieht dies nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen.
- (3) Die Pflegeeinrichtung ermöglicht durch Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen eine regelmäßige Betreuung der Pflegebedürftigen durch den Kooperationszahnarzt. Hierzu zählt, dass dem Kooperationszahnarzt konkrete Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung benannt werden, und dass er für die Durchführung der Besuche in geeigneter Form Zugang zu den Räumlichkeiten erhält.
- (4) Die Pflegeeinrichtung gewährt dem Kooperationszahnarzt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur insoweit es der Kooperationszahnarzt für die Beurteilung eventueller Behandlungsrisiken und des Behandlungserfolgs für erforderlich hält Einsicht in die medizinischen Unterlagen der Pflegebedürftigen und stellt die Kontaktdaten der den jeweiligen Pflegebedürftigen behandelnden Ärzte und Zahnärzte zur Verfügung.

§ 3 Aufgaben des Kooperationszahnarztes

- (1) Um die in § 1 formulierten Qualitäts- und Versorgungsziele umzusetzen, soll der Kooperationszahnarzt bei den in der Pflegeeinrichtung betreuten Versicherten die folgenden Leistungen erbringen:

Diagnostik

1. Im Fall der Neuaufnahme eines Pflegebedürftigen in die Pflegeeinrichtung soll die erste

Untersuchung innerhalb von acht Wochen ab der Information des Zahnarztes durch die Pflegeeinrichtung über die Neuaufnahme stattfinden.

2. Bis zu zweimal jährlich: Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, dabei Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs. Die zahnärztliche Untersuchung wird im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 ff. SGB V bestätigt.

Präventionsmaßnahmen, weitere Maßnahmen und zahnärztliche Fortbildung

3. Bis zu zweimal jährlich: Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan, dabei Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, Angabe der gegenüber dem Versicherten und ggf. der Pflegepersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie, Angabe der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel, Angabe, ob die Maßnahmen von dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflegeperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind, Angaben zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung. Bei der Erstellung des Plans werden Angaben des Versicherten und ggf. der Pflegepersonen berücksichtigt. Der Mundgesundheitsstatus und der individuelle Mundgesundheitsplan werden in den Vordruck nach Anlage 2 (Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z) eingetragen. Pflegepersonen können diesen mit Zustimmung des Versicherten als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.
4. Bis zu zweimal jährlich: Mundgesundheitsaufklärung, dabei Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans, Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des feststehenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches sowie der Mundschleimhaut, Demonstration und ggf. praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes, Erläuterung des Nutzens der vorstehenden Maßnahmen, Anregen und Ermutigen des Versicherten sowie dessen Pflegepersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren. Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für den Versicherten sowie ggf. für die Pflegeperson verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise. Soweit der Versicherte oder dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflegepersonen zu konzentrieren bzw. gegebenenfalls zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflegepersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.
5. An den Zähnen und am Zahnersatz sollen nach Möglichkeit alle natürlichen bzw. iatrogenen Reizfaktoren beseitigt werden. Bei behandlungsbedürftigen zahnärztlichen Befunden soll zeitnah eine Behandlung erfolgen oder auf diese hingewirkt werden; hierzu erfolgt gegebenenfalls eine Empfehlung oder Überweisung. Die Durchführung von empfohlenen oder veranlassten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung festgestellt.

6. Bis zu zweimal jährlich: Entfernen harter Zahnbeläge.

Information, Kooperation und Koordination

7. Bedarfsorientiert: Konsiliarische Erörterungen mit Ärzten und Zahnärzten; insbesondere soll dem Krankheitsbild der Xerostomie durch Hinweise auf eine Prüfung und ggf. Änderung einer möglicherweise Mundtrockenheit bewirkenden Medikation entgegen gewirkt werden.
8. Bedarfsorientiert: Unterrichten der Pflegeeinrichtung über festgestellte Befunde, die nicht im Rahmen der zahnärztlichen Besuchstätigkeit behandelt werden können, ggf. Empfehlung/Überweisung zur weiteren Abklärung oder Behandlung von festgestellten Befunden.
9. Bedarfsorientiert: Kooperationsgespräche mit der Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung, dem beliefernden Apotheker und anderen an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, sofern die Pflegeeinrichtung die Verantwortung für deren Tätigkeit nicht trägt, im Hinblick auf Strukturen und Abläufe, die der Mundgesundheit der Bewohner förderlich sind.

Therapie

10. Unmittelbar nach der eingehenden Untersuchung oder zu einem weiteren Behandlungstermin: Behandlung bzw. Hinwirken auf eine Behandlung entsprechend des festgestellten Behandlungsbedarfs; dabei erfolgen in der Pflegeeinrichtung nur solche Maßnahmen, die in dieser nach den konkreten Umständen sowie nach den Regeln der zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können.

§ 4 Verpflichtung der Vertragspartner

- (1) Die Vertragspartner dürfen auch im Rahmen dieses Vertrags weder ein Entgelt noch sonstige wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Versicherten im Sinne der §§ 73 Abs. 7 sowie 128 Abs. 2 Satz 1 SGB V versprechen oder gewähren.
- (2) *[nach Rahmenvereinbarung fakultativ:]* Die stationäre Pflegeeinrichtung verwahrt relevante Unterlagen (z. B. das Adressheft) für die Pflegebedürftigen und stellt sie dem Kooperationszahnarzt zur Verfügung.
- (3) *[nach Rahmenvereinbarung fakultativ:]* Der Kooperationszahnarzt besucht ... *[die Pflegeeinrichtung oder die im Rahmen des vorliegenden Kooperationsvertrags betreuten Versicherten]* in der Regel ... mal *[Angabe der Häufigkeit, beispielsweise je Monat]* ohne anlassbezogene Anforderung eines Besuchs.
- (4) *[nach Rahmenvereinbarung fakultativ:]* Die folgenden Regelungen zur Rufbereitschaft werden vorgesehen: ...

§ 5 Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel

- (1) Der Kooperationsvertrag tritt am ... in Kraft.

[nach Rahmenvereinbarung fakultativ:] Er hat eine Laufzeit von Er kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von ... zum ... gekündigt werden.

(2) Sollte eine Bestimmung dieses Kooperationsvertrags unwirksam sein, wird die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, anstelle einer unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahe kommende, wirksame Regelung zu treffen.

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

(Pflegeeinrichtung)

(Vertragszahnarzt)

Name:

Anschrift:

vertreten durch:

KZV Sachsen
Justitiariat
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Abr.-Nr./Praxisstempel

Fax: 0351 8053-607
rechtsabteilung@kzv-sachsen.de

Anzeige über den Abschluss eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V

Mit folgender stationären Pflegeeinrichtung wurde ein Kooperationsvertrag geschlossen:

Name der stationären Pflegeeinrichtung

Adresse der stationären Pflegeeinrichtung

Institutionskennzeichen (IKZ) der stationären Pflegeeinrichtung (neunstellig)

Der Vertrag beginnt am _____

Er ist für

- unbestimmte Zeit geschlossen

oder

- endet am _____

Der Kooperationsvertrag ist dieser Anzeige in Kopie beizufügen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass der Vertragsabschluss in Kenntnis der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen) nebst Anlagen und deren Geltung geschlossen worden ist.

Mir ist bekannt, dass ich die KZV Sachsen informieren muss, wenn sich Veränderungen im Vertrag ergeben oder dieser endet.

Ort / Datum

Unterschrift der Vertragszahnärztin/
des Vertragszahnarztes

Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen
--

Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen fasst in Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) vom 19.10.2017 folgenden

Beschluss:

- I. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden vor der Gebührennummer 181 folgende Gebührennummern 174a und 174b eingefügt:**

174 Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten

PBa a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan

20 Punkte

Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, einschließlich Dokumentation anhand des Vordrucks gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst insbesondere die Angabe:

- der gegenüber dem Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie;
- der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel;
- ob die Maßnahmen von dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind;
- zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung.

Bei der Erstellung des Plans werden Angaben des Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen berücksichtigt.

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

PBb

b) Mundgesundheitsaufklärung

26 Punkte

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die folgenden Leistungen:

- Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans nach Nr. 174a;
- Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches sowie der Mundschleimhaut;
- Demonstration und ggf. praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes;
- Erläuterung des Nutzens der vorstehenden Maßnahmen, Anregen und Ermutigen des Versicherten sowie dessen Pflege- oder Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

Bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die Lebensumstände des Versicherten zu erfragen sowie dessen individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen. Sofern der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im jeweils erforderlichen Umfang in die Mundgesundheitsaufklärung einzubeziehen.

Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für den Versicherten sowie ggf. für die Pflege- oder Unterstützungspersonen verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise.

Soweit dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- oder Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.

1. Die Leistungen nach Nrn. 174a und 174b sind nur abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten. Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nr. 174a oder Nr. 174b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
2. Die Leistungen nach Nrn. 174a und 174b können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden. Neben den Leistungen nach Nrn. 174a und 174b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Nrn. IP 1, IP 2 und FU nicht abgerechnet werden.

- II. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen wird nach der Gebührennummer 107 folgende Gebührennummer 107a eingefügt:**

107a Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die
PBZst einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind
 oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten,
 je Sitzung

16 Punkte

Die Leistung nach Nr. 107a ist einmal pro Kalenderhalbjahr abrechnungsfähig. Sie kann nicht abgerechnet werden, wenn in demselben Kalenderhalbjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107 abgerechnet worden ist.

- III. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen wird die Abrechnungsbestimmung zu Gebührennummer 107 wie folgt ergänzt:**

Die Leistung nach Nr. 107 kann nicht abgerechnet werden, wenn in demselben Kalenderjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107a abgerechnet worden ist.

IV. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden die folgenden Gebührennummern wie folgt gefasst:

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

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

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

Bs2b	b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	26 Punkte
------	---	------------------

1. Die Leistung nach Nr. 152a ist nur abrechnungsfähig für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben.
2. Die Leistung nach Nr. 152b ist abrechnungsfähig für Versicherte in derselben Einrichtung (z. B. betreute Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung).

3. Neben den Leistungen nach Nrn. 152a und 152b sind die Leistungen nach Nrn. 153a, 153b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 152a und 152b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

153
Bs3a

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

30 Punkte

Bs3b

- b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 153a zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht

26 Punkte

1. Zu den Einrichtungen zählen stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen, in denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit

Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

2. Die Leistungen nach Nrn. 153a und 153b sind neben den Leistungen nach Nrn. 151, 152a, 152b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 153a und 153b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

154
Bs4 Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung

30 Punkte

1. Die Leistung nach Nr. 154 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Neben der Leistung nach Nr. 154 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152a, 152b, 153a und 153b nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

155
Bs5 Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten
in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71
Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsver-
trags nach § 119b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem
zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach
Nr. 154 – einschließlich Beratung und eingehende
Untersuchung

26 Punkte

1. Die Leistung nach Nr. 155 ist nur abrechnungs-
fähig für pflegebedürftige Versicherte, die in ei-
ner stationären Pflegeeinrichtung betreut wer-
den, wenn der Vertragszahnarzt mit der statio-
nären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsver-
trag 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 Kas-
senzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung
zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Neben der Leistung nach Nr. 155 sind die Leis-
tungen nach Nrn. 151, 152a, 152b, 153a und
153b nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 155 kann
zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseent-
schädigung abgerechnet werden.

171 Zuschlag für Besuche nach Nrn. 151, 152

PBA1a a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten

37 Punkte

PBA1b b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 171a

30 Punkte

1. Die Zuschläge nach Nrn. 171a und 171b sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.
2. Der Zuschlag nach Nr. 171a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 151, der Zuschlag nach Nr. 171b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 152a oder Nr. 152b abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 171a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 171b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 171a und 171b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.

3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 171a oder Nr. 171b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
4. Die Notwendigkeit des Aufsuchens, beispielsweise bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, ist zu dokumentieren.

172 Zuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V

SP1a a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung

40 Punkte

SP1b b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a

32 Punkte

1. Die Zuschläge nach Nrn. 172a und 172b sind nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Der Zuschlag nach Nr. 172a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 154, der Zuschlag nach Nr. 172b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 155 abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 172a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 172b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 172a und 172b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.
3. Der Vertragszahnarzt kann für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, mit welcher der Vertragszahnarzt einen Kooperationsvertrag gemäß § 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 der Zuschläge nach Nrn. 172a und 172b berechtigt, keine Leistungen nach Nrn. 171a und 171b abrechnen.

V. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden nach der Gebührennummer 172 folgende Gebührennummern 173a und 173b eingefügt:

173 Zuschlag für Besuche nach Nr. 153

ZBs3a a) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153a von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten

32 Punkte

ZBs3b b) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153b je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 173a

24 Punkte

- 1. Die Zuschläge nach Nrn. 173a und 173b sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.**
- 2. Der Zuschlag nach Nr. 173a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153a, der Zuschlag nach Nr. 173b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153b abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nm. 173a und 173b sind ne-**

ben dem Zuschlag nach Nr. 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 173a und 173b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.

3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 173a oder Nr. 173b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

VI. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden die Gebührennummern 162 und 165 wie folgt geändert:

1. Die Überschrift zur Leistungsbeschreibung zu BEMA-Nr. 162 wird wie folgt gefasst:

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

2. Die Leistungsbeschreibung zu BEMA-Nr. 165 wird wie folgt gefasst:

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

Der Beschluss tritt am 01.07.2018 in Kraft.

Gründe

A. Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Beschluss führt der Bewertungsausschuss neue zahnärztliche Leistungen gemäß § 22a SGB V und der auf dieser gesetzlichen Grundlage vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 19.10.2017 beschlossenen Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ein. Die Trägerorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss hatten sich darauf verständigt, dass die Richtlinie nicht unmittelbar nach Beschlussfassung und Veröffentlichung, sondern zum 01.07.2018 in Kraft treten soll. In der Zeit zwischen Beschlussfassung und Inkrafttreten hat der Bewertungsausschuss die gebührenordnungsrechtliche Umsetzung vorgenommen, sodass Richtlinie und BEMA-Gebühren zeitgleich Wirkung entfalten und die neu geschaffenen Leistungen ab diesem Zeitpunkt von den Versicherten in Anspruch genommen werden können.

Die Leistungen nach § 22a SGB V, die der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie vom 19.10.2017 konkretisiert hat, umfassen die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Erstellung eines Mundgesundheitsplans, die Mundgesundheitsaufklärung und die Entfernung harter Zahnbeläge. Diese Leistungen können kalenderhalbjährlich in Anspruch genommen werden. Anspruchsberechtigt sind Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, und zwar unabhängig davon, ob die Leistungserbringung im häuslichen Umfeld, in einer Einrichtung oder in der Zahnarztpraxis erfolgt.

Im Zusammenhang mit der Einführung der genannten präventiven Maßnahmen hatte der Bewertungsausschuss insbesondere zu beachten, dass vergleichbare Leistungen bereits in BEMA-Nrn. 172c und 172d bezogen auf die aufsuchende Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags enthalten sind. Darüber hinaus berücksichtigt der Bewertungsausschuss, dass die aufsuchende Versorgung im häuslichen Umfeld aufwendiger ist, als die aufsuchende Betreuung ggf. mehrerer Versicherter in einer Einrichtung. Aus diesem Grund wird die Einführung der neuen Leistungen nach § 22a SGB V flankiert von einer teilweisen Neustrukturierung und -bewertung der Besuchs- und Zuschlagsleistungen der BEMA-Nrn. 151 ff.

B. Besonderer Teil

Zu I. Einführung der Gebührennummern 174a und 174b:

In BEMA-Nr. 174 werden die Inhalte der §§ 4 bis 6 der Richtlinie nach § 22a SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses in zwei Gebührennummern umgesetzt. Die BEMA-Nr. 174a umfasst die Erhebung des Mundgesundheitsstatus und die Erstellung des Mundgesundheitsplans, die BEMA-Nr. 174b die Mundgesundheitsaufklärung. Da diese Leistungen künftig von allen nach § 22a SGB V anspruchsberechtigten Versicherten in Anspruch genommen werden können, werden die bislang ausschließlich für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags gemäß § 119b SGB V geltenden Präventionsmaßnahmen nach den BEMA-Nrn. 172c und 172d durch die modifizierten und erweiterten BEMA-Nrn. 174a und 174b ersetzt. In den Abrechnungsbestimmungen werden der anspruchsberechtigte Personenkreis, die Abrechnungsfrequenz und das Verhältnis zu den Leistungen nach BEMA-Nrn. IP 1, IP 2 und FU geregelt.

Zu II. Einführung der Gebührennummer 107a:

In BEMA-Nr. 107a wird für den nach § 22a SGB V anspruchsberechtigten Versichertenkreis die in § 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltene Entfernung harter Zahnbeläge umgesetzt. Im Gegensatz zur Leistung nach BEMA-Nr. 107 kann diese Leistung einmal je Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen und abgerechnet werden. Damit bildet die BEMA-Nr. 107a im Verhältnis zu BEMA-Nr. 107 einen Spezialfall, sodass die Entfernung harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, zwingend über BEMA-Nr. 107a abzurechnen ist.

Zu III. Ergänzung der Gebührennummer 107:

In BEMA-Nr. 107 wird die Abrechnungsbestimmung, wonach das Entfernen harter Zahnbeläge einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig ist, ergänzt um das Verhältnis zur neu eingefügten BEMA-Nr. 107a. Aufgrund der klaren Trennung nach Versicherten Gruppen kann die BEMA-Nr. 107 nicht abgerechnet werden für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, insoweit bedarf es keiner ausdrücklichen Klarstellung. Für Fälle, in denen die Zuordnung zu einem Pflegegrad bzw. der Anspruch auf Eingliederungshilfe entfallen, wird klargestellt, dass die Leistung nach Nr. 107 nicht abgerechnet werden kann,

wenn in demselben Kalenderjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107a abgerechnet worden ist.

Zu IV. Fassung der Gebührennummern 151 bis 155, 171, 172:

Die Besuchsgebühr nach BEMA-Nr. 151 wird aufgewertet. Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass über diese Gebührennummer vorrangig Einzelbesuche abgerechnet werden, die für den Zahnarzt – besonders im privaten, häuslichen Umfeld des Versicherten – mit einem höheren Aufwand verbunden sind. Demgemäß wird in BEMA-Nr. 152 für weitere Besuche, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang erfolgen, differenziert, ob diese in derselben häuslichen Gemeinschaft (dann BEMA-Nr. 152a) oder in derselben Einrichtung (dann BEMA-Nr. 152b) erfolgen. In den Abrechnungsbestimmungen wird der Begriff der häuslichen Gemeinschaft konkretisiert und klargestellt, dass die Gebühr nach Nr. 152a nur abrechnungsfähig ist für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben. Unter dem Begriff der Einrichtung i. S. d. Gebühr nach Nr. 152b sind z. B. betreute Wohngemeinschaften und stationäre Pflegeeinrichtungen zu verstehen, in denen Besuche in Abgrenzung zu BEMA-Nr. 153 nicht im Sinne einer regelmäßigen Tätigkeit zu vorab festgelegten Zeiten erfolgen. In der Systematik hieran anknüpfend wird künftig die BEMA-Nr. 153 für regelmäßige Besuche in stationären Einrichtungen ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags herangezogen und differenziert nach dem Aufsuchen eines Versicherten und den in diesem Zusammenhang erfolgenden Besuchen weiterer Versicherter in dieser Einrichtung. In den Abrechnungsbestimmungen wird klargestellt, dass die Gebührennummern 153a und 153b abrechnungsfähig sind für Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung sowie für Versicherte, die in einer Einrichtung untergebracht sind, in der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, und insoweit gemäß § 71 Abs. 4 SGB XI nicht unter den Begriff der Pflegeeinrichtung i. S. v. § 71 Abs. 2 SGB XI fallen. Für Besuche in Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage eines Kooperationsvertrags wird die Trennung zwischen Erst- und zusätzlichem Besuch in den Gebührennummern 154 und 155 unverändert beibehalten. Lediglich wird die Bewertung der BEMA-Nr. 154 angehoben. Die Gebührennummern 171a und 171b werden als Zuschläge für Besuche nach BEMA-Nrn. 151 und 152 deklariert. Der Zuschlag nach Nr. 171a wird aufgewertet. In den Gebührennummern 172a und 172b bleiben Zuschläge für Besuche in Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage eines Kooperationsvertrags gemäß BEMA-Nrn. 154 und

155 erhalten. Auch hier erfolgt eine Höherbewertung, die einen Anreiz geben soll, Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen einzugehen und aufrecht zu erhalten.

Zu V. Einführung der Gebührennummern 173a und 173b:

Mit den BEMA-Nrn. 173a und 173b werden korrespondierend zu den neu gestalteten BEMA-Nrn. 153a und 153b neue Zuschlagsgebühren geschaffen, die speziell für Besuche von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, in einer stationären Einrichtung bei regelmäßiger Tätigkeit zu vorab festgelegten Zeiten, aber ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags abzurechnen sind.

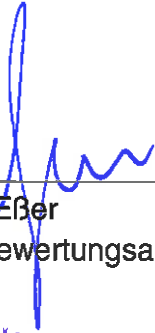
Zu I. bis V. Bewertungszahlen:

Der Bewertungsausschuss geht bei der Festlegung der Bewertungszahlen davon aus, dass den Abrechnungen der jeweils gesamtvertraglich vereinbarte KCH-Punktwert zu Grunde gelegt wird. Der Bewertungsausschuss stellt zudem klar, dass die neu geschaffenen präventiven Leistungen nach den BEMA-Nrn. 174a und 174b als Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen i. S. v. § 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V einzustufen sind.

Zu VI. Änderung der Gebührennummern 162 und 165:

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Neugestaltung der Gebührennummern 152 und 153.

Köln, Berlin 09.04.2018



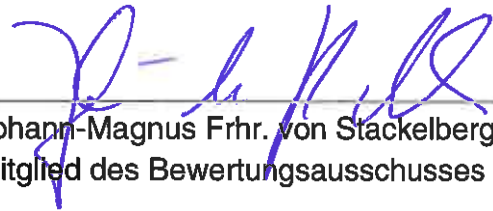
Dr. Wolfgang Eßer
Mitglied des Bewertungsausschusses



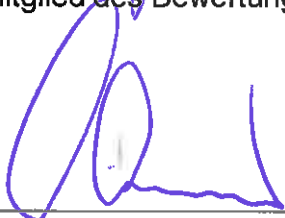
Dr. Doris Pfeiffer
Mitglied des Bewertungsausschusses



Martin Hendges
Mitglied des Bewertungsausschusses



Johann-Magnus Frhr. von Stackelberg
Mitglied des Bewertungsausschusses



Dr. Karl-Georg Pochhammer
Mitglied des Bewertungsausschusses



Gernot Kiefer
Mitglied des Bewertungsausschusses

Bewertungsausschuss

für die zahnärztlichen Leistungen

Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen fasst zur Umsetzung der §§ 87 Abs. 2k und 2l SGB V folgenden

Beschluss:

- I. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden hinter der Nr. 182 folgende neue Gebührennummern in den BEMA-Teil 1 aufgenommen:**

VS Videosprechstunde

16

1. Die Leistung nach Nr. VS ist abrechenbar bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, sowie bei Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden. Die Anspruchsberechtigung ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren.
2. Die Leistung nach Nr. VS ist nur abrechenbar für Videosprechstunden mittels eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z.
3. Die Leistung nach Nr. VS kann grundsätzlich nur als alleinige Leistung abgerechnet werden. In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere, wenn aufgrund einer behördlichen Anordnung oder einer freiwilligen Quarantäne im Zusammenhang mit einer meldepflichtigen Krankheit des Versicherten oder eines meldepflichtigen Nachweises von Krankheitserregern ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten nicht möglich ist, kann eine Leistung nach Nr. 174b in derselben Sitzung neben einer Leistung nach Nr. VS abgerechnet werden.
4. Soweit dem Versicherten ein Verständnis nur eingeschränkt möglich ist, ist die Videosprechstunde bei räumlicher und zeitgleicher Anwesenheit des Versicherten im jeweils erforderlichen Umfang auf die Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken.
5. Die Leistung nach Nr. VS kann in derselben Sitzung nicht neben Leistungen nach Nrn. VFK, 181 oder 182 abgerechnet werden.

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

a) bezüglich eines Versicherten

12

b) bezüglich jedes weiteren Versicherten in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang

6

1. Die Leistung nach Nr. VFK ist abrechenbar bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, sowie

bei Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden. Die Anspruchsberechtigung ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren.

2. Die Nr. VFK ist nur abrechenbar für Videofallkonferenzen mittels eines Videodienstes gemäß Anlage 16 BMV-Z.
3. Die Leistung nach Nr. VFK kann je Quartal und Versicherten dreimal abgerechnet werden.
4. Die Leistung nach Nr. VFK kann nur als alleinige Leistung erbracht werden.
5. Die Leistung nach Nr. VFK ist nur abrechenbar, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten stattgefunden hat.

II. Die Abrechnungsbestimmung Ziffer 3 der Gebührennummer 03 wird angepasst und wie folgt gefasst:

3. Eine Leistung nach Nr. 03 kann nicht neben Leistungen nach Nrn. 151 bis 173 und nicht neben Leistungen nach Nrn. 55, 56, 61, 62 aus Abschnitt B IV der GOÄ abgerechnet werden.

III. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden die Gebührennummern 181 und 182 angepasst und wie folgt gefasst:

181 Ksl Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

a) persönlich oder fernmündlich

14

b) im Rahmen eines Telekonsils

16

1. Die Leistungen nach Nrn. 181a und 181b sind abrechenbar für die konsiliarische Erörterung einer versichertenbezogenen Fragestellung, wenn sich der Zahnarzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat. Unter persönlicher Erörterung nach Nr. 181a ist der Austausch in physischer Anwesenheit aller am Konsil beteiligten Ärzte/Zahnärzte zu verstehen. Die fernmündliche Erörterung wird mittels Fernsprecher durchgeführt. Ein Telekonsil nach Nr. 181b ist die zeitgleiche bzw. zeitversetzte Kommunikation zwischen Ärzten/Zahnärzten unter Nutzung der in § 2 Abs. 1 der Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 291g Abs. 6 SGB V genannten elektronischen Dienste und ermöglicht den elektronischen Austausch von Dokumenten und Bildern. Ein zeitgleiches Telekonsil zwischen Ärzten/Zahnärzten nach Nr. 181b mittels eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z wird als Videokonsil bezeichnet.
2. Die Leistungen nach Nr. 181a und Nr. 181b sind auch dann abrechenbar, wenn die Erörterung zwischen einem Zahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.
3. Die Leistungen nach Nr. 181a und Nr. 181b sind nicht abrechenbar, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft, einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung oder desselben Medizinischen Versorgungszentrums sind. Sie sind nicht abrechenbar für routinemäßige Besprechungen.

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

a) persönlich oder fernmündlich

14

b) im Rahmen eines Telekonsils

16

1. Die Leistungen nach Nr. 182a und Nr. 182b sind nur abrechenbar für die konsiliarische Erörterung einer versichertenbezogenen Fragestellung, die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, mit der der Vertragszahnarzt einen Kooperationsvertrag 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. Unter persönlicher Erörterung nach Nr. 182a ist der Austausch in physischer Anwesenheit aller am Konsil beteiligten Ärzte/Zahnärzte zu verstehen, die fernmündliche Erörterung wird mittels Fernsprecher durchgeführt. Ein Telekonsil nach Nr. 182b ist die zeitgleiche bzw. zeitversetzte Kommunikation zwischen Ärzten/Zahnärzten unter Nutzung der in § 2 Abs. 1 der Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 291g Abs. 6 SGB V genannten elektronischen Dienste und ermöglicht den elektronischen Austausch von Dokumenten und Bildern. Ein zeitgleiches Telekonsil zwischen Ärzten/Zahnärzten nach Nr. 182b mittels eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z wird als Videokonsil bezeichnet.
2. Die Leistungen nach Nr. 182a und Nr. 182b sind auch dann abrechenbar, wenn die Erörterung zwischen einem Kooperationszahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.
3. Die Leistungen nach Nr. 182a und Nr. 182b sind nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft, einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung oder desselben Medizinischen Versorgungszentrums sind.

IV. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen wird nach Nr. VFK folgende neue Gebührennummer TZ aufgenommen:

TZ Technikzuschlag für Videosprechstunde, Videofallkonferenz oder Videokonsil

16

1. Der Technikzuschlag nach Nr. TZ ist abrechenbar in Verbindung mit einer Videosprechstunde nach Nr. VS, einer Videofallkonferenz nach Nr. VFK oder einem Telekonsil nach Nrn. 181b oder 182b, das als Videokonsil mittels eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z erfolgt.
2. Der Technikzuschlag nach Nr. TZ kann je Praxis bis zu zehnmal im Quartal abgerechnet werden. Er ist neben den ersten zehn im Quartal erbrachten Leistungen nach den Nrn. VS, VFK, 181b oder 182b abrechenbar.

V. Einführungszeitpunkt

Der Beschluss tritt am 01.10.2020 in Kraft.

Gründe

Nach dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) sind gemäß § 87 Abs. 2k SGB V im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen Videosprechstundenleistungen für die Untersuchung und Behandlung von den in § 87 Abs. 2i SGB V genannten Versicherten (Pflegebedürftige sowie Bezieher von Eingliederungshilfe) und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages gem. § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden (teilnehmende Pflegebedürftige in einer Pflegeeinrichtung mit Kooperationsvertrag), vorzusehen. Darüber hinaus können für diese Personengruppen auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal per Video ermöglicht und vergütet werden. Durch die Nutzung von Videodiensten können bestimmte Anleitungen und Beratungen des Versicherten über die Videosprechstunde sowie Videofallkonferenzen mit dem Pflegepersonal oder der Unterstützungsperson schneller, flexibler und weniger aufwendig erbringbar werden.

Zudem ist nach dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) gem. § 87 Abs. 2l SGB V zu regeln, dass Konsilien in einem weiten Umfang in der vertragszahnärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistungen abgerechnet werden können, wenn bei ihnen eine sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologie eingesetzt wird.

Wie nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) gefordert, haben die KZBV und der GKV-SV die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden in Anlage 16 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) spezifiziert (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Abs. 5 SGB V) sowie nach dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) eine vierseitige Vereinbarung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenausgesellschaft (DKG) gemäß § 291g Abs. 6 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) geschlossen.

Zu I. Aufnahme VS und VFK

Videosprechstunde (Nr. VS)

Die Leistung Videosprechstunde ist entsprechend der gesetzlichen Regelung in § 87 Abs. 2k SGB V nicht bei allen Versicherten, sondern nur bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, sowie bei Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden, abrechenbar.

Dass der Versicherte den vorgegebenen Personengruppen zuzuordnen ist, hat der Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren.

Gemäß der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Abs. 5 SGB V (Anlage 16 BMV-Z) darf der Vertragszahnarzt für die Videosprechstunde ausschließlich nach dieser Vereinbarung zertifizierte Videodienstleister nutzen.

Grundsätzlich ist die Videosprechstunde als alleinige Leistung abzurechnen. Das bedeutet, dass im Rahmen der Videosprechstunde grundsätzlich keine andere zahnärztliche Leistung abgerechnet werden kann. In Ausnahmefällen kann in derselben Sitzung eine Abrechnung der BEMA-Nr. 174b erfolgen (Mundgesundheitsaufklärung, präventive zahnärztliche Leistung

nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten), insbesondere, wenn aufgrund einer behördlichen Anordnung oder einer freiwilligen Quarantäne im Zusammenhang mit einer meldepflichtigen Krankheit des Versicherten oder eines meldepflichtigen Nachweises von Krankheitserregern ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten nicht möglich ist. Weil die Mundgesundheitsaufklärung nach BEMA-Nr. 174b die Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans nach Nr. 174a umfasst, ist es erforderlich, dass zuvor eine Leistung nach Nr. 174a erbracht worden ist.

Für Fälle, bei denen ein Verständnis des Versicherten nur eingeschränkt möglich ist, ist die Videosprechstunde bei räumlicher und zeitgleicher Anwesenheit des Versicherten im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken, wie dies beispielsweise auch bereits im Zusammenhang mit Leistungen nach BEMA-Nr. 174, fußend auf § 22a SGB V, vorgesehen ist. Die Bundesmantelvertragspartner gehen davon aus, dass diese Situation sowohl bei der stationären als auch bei der häuslichen Pflege auftreten kann.

Eine Videosprechstunde ist ausgeschlossen, wenn in derselben Sitzung eine Videofallkonferenz mit Pflege- oder Unterstützungspersonen oder konsiliarische Erörterungen nach Nrn. 181 oder 182 erfolgen. Hintergrund ist, dass eine Videoleistung innerhalb einer Sitzung immer nur entweder als Videosprechstunde mit dem Versicherten, als Fallkonferenz oder als konsiliarische Erörterung mit einem Arzt/Zahnarzt qualifiziert werden kann.

Für die Ermittlung einer angemessenen Bewertung der Videosprechstundenleistung bildete die beratende Tätigkeit des Zahnarztes nach BEMA-Nr. Ä1, die ebenfalls ohne direkten persönlichen Kontakt mit dem Patienten (fernmündlich) erfolgen kann, den Ausgangspunkt. Hinsichtlich der Videosprechstunde wurde im Vergleich zu Nr. Ä1 zum einen berücksichtigt, dass Videosprechstunden auf den Kreis der pflegebedürftigen sowie Eingliederungshilfe beziehenden Versicherten beschränkt sind und bei diesen Versicherten aufgrund ihrer häufig eingeschränkten kognitiven und kommunikativen Kompetenzen von einem höheren Zeitaufwand auszugehen ist. Zum anderen wurde berücksichtigt, dass insbesondere das Herstellen der Videoverbindung im Vergleich zur Kommunikation mittels Telefon durch das Hinzutreten des Videobildes einen höheren Aufwand bedingt.

Der Zusatzaufwand ist nicht nur vorhanden, wenn die Versicherten sich selbst in die Videosprechstunde einwählen, sondern auch, wenn dies Pflege- oder Unterstützungspersonen übernehmen, und wenn sich die Kommunikation im jeweils erforderlichen Umfang auf die Pflege- oder Unterstützungsperson konzentriert bzw. ggf. beschränkt. Es besteht – anders als beim Telefongespräch – die Anforderung, dass der Versicherte räumlich und zeitgleich anwesend sein muss. Dabei wird er im jeweils möglichen Umfang in die Kommunikation einzubeziehen sein.

Videofallkonferenz (Nr. VFK)

Die Videofallkonferenz nach Nr. VFK erfolgt mit den an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- oder Unterstützungspersonen. Der leistungsberechtigte Versichertenkreis ist identisch mit dem der Videosprechstunde. Es ist erforderlich, dass ein Videodienst gem. Anlage 16 BMV-Z eingesetzt wird. Die Leistung VFK kann je Quartal und Versicherten dreimal abgerechnet werden. Voraussetzung ist, dass im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten stattgefunden hat. Die Videofallkonferenz kann nur als alleinige Leistung erbracht werden. Das

bedeutet, dass im Rahmen der Videofallkonferenz keine andere zahnärztliche Leistung abgerechnet werden kann.

Hinsichtlich der Vergütung der Videofallkonferenz ist auf der einen Seite der im Vergleich zum Telefongespräch höhere Aufwand für das Herstellen und Aufrechterhalten der Videoverbindung berücksichtigt worden. Auf der anderen Seite ist im Vergleich zur Videosprechstunde der geringere Aufwand der Videofallkonferenz berücksichtigt worden, weil – anders als bei der Videosprechstunde – der Versicherte nicht räumlich und zeitgleich anwesend sein muss.

Im Rahmen eines Betreuungskonzepts mehrerer Versicherter beispielsweise in Einrichtungen kommt es in Betracht, dass die jeweils versichertenbezogenen Fragestellungen dieser Versicherten mit den Pflege- oder Unterstützungspersonen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erörtert werden. Weil sich dadurch sowohl eine bessere Planbarkeit der Videofallkonferenz als auch ein nur einmaliger Aufwand für das Herstellen der Videoverbindung ergibt, wird in Anlehnung an die Besuchsgebühren des BEMA hinsichtlich der Vergütung zwischen dem ersten und jedem weiteren Versicherten differenziert.

Zu II. Anpassung der Nr. 03

Die bisherige BEMA-Nr. 03 (Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht [20 Uhr bis 8 Uhr] oder an Sonn- und Feiertagen) wird angepasst, weil in der Abrechnungsbestimmung Ziffer 3 zu BEMA-Nummer 03 der Verweis auf den Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte überholt ist. Die dort vorgesehenen Gebühren für Besuche sowie die daran anknüpfenden Zuschläge nach Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte sind in den BEMA-Nrn. 151 ff. geregelt, sodass sich der Verweis auf Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte nach heutiger Rechtslage und in Übereinstimmung mit Ziffer 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum BEMA lediglich noch auf die Positionen 55 (Begleitung eines Patienten durch den Arzt), 56 (Verweilen, je angefangene halbe Stunde), 61 (Assistenz, je angefangene halbe Stunde) und 62 (Assistenz bei operativen belegärztlichen Leistungen/bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde) bezieht.

Zu III. Anpassung der Nrn. 181 und 182

Die BEMA-Nrn. 181 und 182 werden differenziert in BEMA-Nrn. 181a/b sowie BEMA-Nrn. 182a/b. Nach Buchstabe a erfolgt die konsiliarische Erörterung persönlich oder fernmündlich, nach Buchstabe b im Rahmen eines Telekonsils. Zur Abgrenzung sind Legaldefinitionen aufgenommen worden. Übereinstimmend mit den Nrn. 181a und 182a ist das Telekonsil nach Nrn. 181b und 182b – im Gegensatz zu Videosprechstunde und Videofallkonferenz – für alle Versicherten abrechenbar.

Die Vergütung der persönlichen oder fernmündlichen Konsile im Rahmen der BEMA-Nrn. 181a und 182a mit 14 Punkten wird fortgeführt. Konsiliarische Erörterungen im Rahmen eines Telekonsils bieten sich im Vergleich zu persönlichen oder fernmündlichen Konsilen an, wenn Dokumente und Bilder elektronisch ausgetauscht werden. Die erhöhte Bewertungszahl mit 16 Punkten trägt dem zusätzlichen Aufwand für die Dokumentenbereitstellung Rechnung.

Zu IV. Aufnahme TZ

Mit dem Ziel der bereits vonseiten des Gesetzgebers intendierten Etablierung von Videosprechstunden, Videofallkonferenzen und der Telekonsile sowie unter Berücksichtigung der Kosten, die für die Inanspruchnahme von Anbietern entsprechender Dienstleistungen entstehen, wird in der vertragszahnärztlichen Versorgung ein Technikzuschlag von 16 Punkten bei der Nutzung dieser Dienste vorgesehen. Der Technikzuschlag nach Nr. TZ kann je Praxis bis

zu zehnmal im Quartal abgerechnet werden. Auf diese Weise werden die durchschnittlichen Kosten für einen Videodienstleister abgegolten.

Abrechenbar ist der Technikzuschlag nach Nr. TZ neben den ersten zehn im Quartal erbrachten Leistungen nach den Nrn. VS, VFK, 181b oder 182b. Diese über die Variable „Reihenfolge der Erbringung“ gesteuerte Abrechnung stellt insbesondere bei der langfristigen Anwendung eine die tatsächliche Inanspruchnahme abbildende Verteilung der abrechenbaren Kosten für die Leistung TZ auf die Krankenkassen sicher, weil sich die Inanspruchnahme der ersten zehn Leistungen im Quartal nach dem Zufallsprinzip über die Krankenkassen verteilt. Des Weiteren wird mit dieser Vorgehensweise eine bundesweit einheitliche Regelung umgesetzt.

Zu V. Einführungszeitpunkt

Die Grundlage für die Durchführung der Videosprechstunden und Videofallkonferenzen in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist mit der Vereinbarung über die Anforderungen an technische Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Abs. 5 SGB V, die als Anlage 16 des BMV-Z zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband mit Wirkung zum 01.07.2020 geschlossen worden ist, bereits geschaffen worden. Das gleiche gilt für die Telekonsile; die Telekonsilien-Vereinbarung über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien ist mit Wirkung zum 01.04.2020 geschlossen worden. Mit der Einführung der o. g. Gebührenpositionen zum 01.10.2020 können diese Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung abgerechnet werden.

Köln, Berlin 19.08.2020



Dr. Wolfgang Eßer
Mitglied des Bewertungsausschusses



Dr. Doris Pfeiffer
Mitglied des Bewertungsausschusses



ZA Martin Hendges
Mitglied des Bewertungsausschusses



Stefanie Stoff-Ahnis
Mitglied des Bewertungsausschusses



Dr. Karl-Georg Pochhammer
Mitglied des Bewertungsausschusses



Gernot Kiefer
Mitglied des Bewertungsausschusses

Leistungen, die nur im Rahmen eines Kooperationsvertrages gem. § 119b Abs. 1 SGB V abrechenbar sind

BEMA-Nr.	Bewertung	Leistungsinhalt	mögliche Zuschläge für Besuche	Bemerkung
154	30	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	161a-f 165 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr 172a Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung Wegegeld/Reiseentschädigung	
155	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	162a-f 165 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr 172b Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a Wegegeld/Reiseentschädigung anteilig	
182a	14	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V persönlich oder fernmündlich		
182b	16	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V im Rahmen eines Telekonsils		° auch für Videokonsil mittels zertifiziertem Videodienst nach Anlage 16 BMV-Z

Telemedizinische Leistungen für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, sowie im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V

BEMA-Nr.	Bewertung	Leistungsinhalt	mögliche Zuschläge für Besuche	Bemerkung
VS	16	Videosprechstunde		◦ nur mittels zertifiziertem Videodienst nach Anlage 16 BMV-Z ◦ grundsätzlich nur als alleinige Leistung ◦ Anwesenheit des Versicherten erforderlich
VFKa	12	Videofallkonferenz mit an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen bezüglich eines Versicherten		◦ nur mittels zertifiziertem Videodienst nach Anlage 16 BMV-Z ◦ je Quartal und Versicherten dreimal möglich ◦ nur als alleinige Leistung ◦ nur, wenn innerhalb der letzten drei Quartale ein persönlicher Kontakt stattgefunden hat.
VFKb	6	Videofallkonferenz mit an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen bezüglich jedes weiteren Versicherten in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang		◦ wie VFK a)
TZ	16	Technikzuschlag für Videosprechstunde, Videofallkonferenz oder Videokonsil		◦ nur in Verbindung mit BEMA-Nrn. VS, VFK oder Videokonsil nach den BEMA-Nrn. 181b oder 182b ◦ bis zehnmal im Quartal abrechenbar

Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen, für Versicherte die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten

BEMA-Nr.	Bewertung	Leistungsinhalt	Bemerkung
174a	20	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	Abrechnung je Kalender<u>halbjahr</u> einmal
174b	26	Mundgesundheitsaufklärung	- IP1, IP2 und FU – nicht abrechenbar, wenn Leistungserbringung am selben Tag erfolgt - Anspruchsberechtigung auf Leistungen ist in der Patientenakte zu dokumentieren (bei unbefristeten Bescheiden → einmalig, bei befristeten → Fristablauf dokumentieren)
107a	16	Entfernen harter Zahnbeläge	- Abrechnung pro Kalender<u>halbjahr</u> einmal - nicht abrechenbar, wenn in <u>demselben</u> Kalender<u>halbjahr</u> bereits Leistung nach Nr. 107 abgerechnet worden ist.

Berechnung unabhängig davon, ob Leistungserbringung in Privatwohnung, in einer Einrichtung oder in Zahnarztpraxis erfolgt

ZAHNÄRZTINNEN UND ZAHNÄRZTE SCHULEN PFLEGEKRÄFTE



**Informationen und
Reservierung:**
www.zahnaerzte-in-sachsen.de
→ Praxis
→ Praxisführung
→ Prävention

Die Landes Zahn-
ärztekammer Sachsen
unterstützt mit
Schulungs-
material.

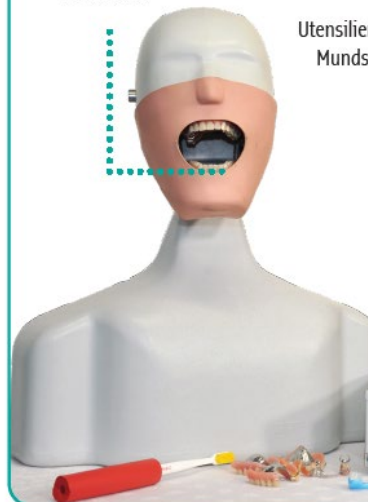
PRÄVENTION FÜR MENSCHEN MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF. WEIL DAVON ALLE PROFITIEREN!

Equipment für Ihre Schulung **ausleihen**

Demonstrationskoffer
und Phantomkopf können
Sie ausleihen in
Dresden, Leipzig, Chemnitz,
Plauen und Görlitz.



herausnehmbarer
Zahnersatz



Utensilien zur Zahnersatz-, Interdental-,
Mundschleimhaut- und Zahnpflege

Mustervortrag

