



Kurzübersicht zur

Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Stand: Oktober 2019

Ansprechpartner für Ihre Fragen

zu Kooperationsverträgen:

Katharina Hölscher

 0251 507-370

zur Abrechnung:

Susanne Hoppe-Woodbridge

 0251 507-115

Einführung

§ 22a – Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen

Die KZBV setzt sich seit jeher nachhaltig für die Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten ein, denen eine eigenverantwortliche, selbständige tägliche Mundpflege nur eingeschränkt oder überhaupt nicht bzw. nicht mehr in ausreichendem Maße möglich ist und die deshalb der besonderen, auch zahnärztlichen, Unterstützung bedürfen. Ein wesentlicher Faktor bei diesen Versichertengruppen sind vorbeugende, individualprophylaktische Maßnahmen, wie sie innerhalb der GKV für Kinder und Jugendliche existieren. Bereits mit dem Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ sind konkrete Vorschläge an die Politik herangetragen worden, vergleichbare Leistungen auch für ältere und pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. In den Jahren 2013 und 2014 sind auf der Grundlage des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes und des Pflegeneuausrichtungsgesetzes Anreize zur Förderung der aufsuchenden Betreuung im BEMA gesetzt worden. Hier ist der Bewertungsausschuss bereits über die Aufnahme bloßer Zuschlagspositionen hinausgegangen und hat konkrete vorbeugende Maßnahmen geregelt, die im Rahmen von Kooperationsverträgen in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden können.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber mit der Regelung des § 22a SGB V dann die von der KZBV geforderte umfassende Grundlage geschaffen für die Erbringung präventiver zahnärztlicher Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Anspruch auf diese Leistungen haben alle Versicherten, die einem Pflegegrad zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten. Und zwar unabhängig davon, ob sie vom Zahnarzt in einer stationären Einrichtung oder zu Hause besucht werden oder selbst in die Praxis kommen können. Die bislang in Nr. 172c, d enthaltenen präventiven Maßnahmen, die auf die Erbringung in Pflegeeinrichtungen beschränkt waren, sind ersetzt und auf die Zielgruppe des § 22a SGB V erweitert worden. Die KZBV hatte hier zugleich ein besonderes Augenmerk darauf, dass die im BEMA angelegten Anreize für die aufsuchende Betreuung von Versicherten aufrecht erhalten bleiben. Dabei war zum einen der Besuchstätigkeit des Zahnarztes im privaten häuslichen Umfeld des Versicherten, zum anderen aber auch der Versorgung im Rahmen von Kooperationsverträgen mit stationären Pflegeeinrichtungen besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

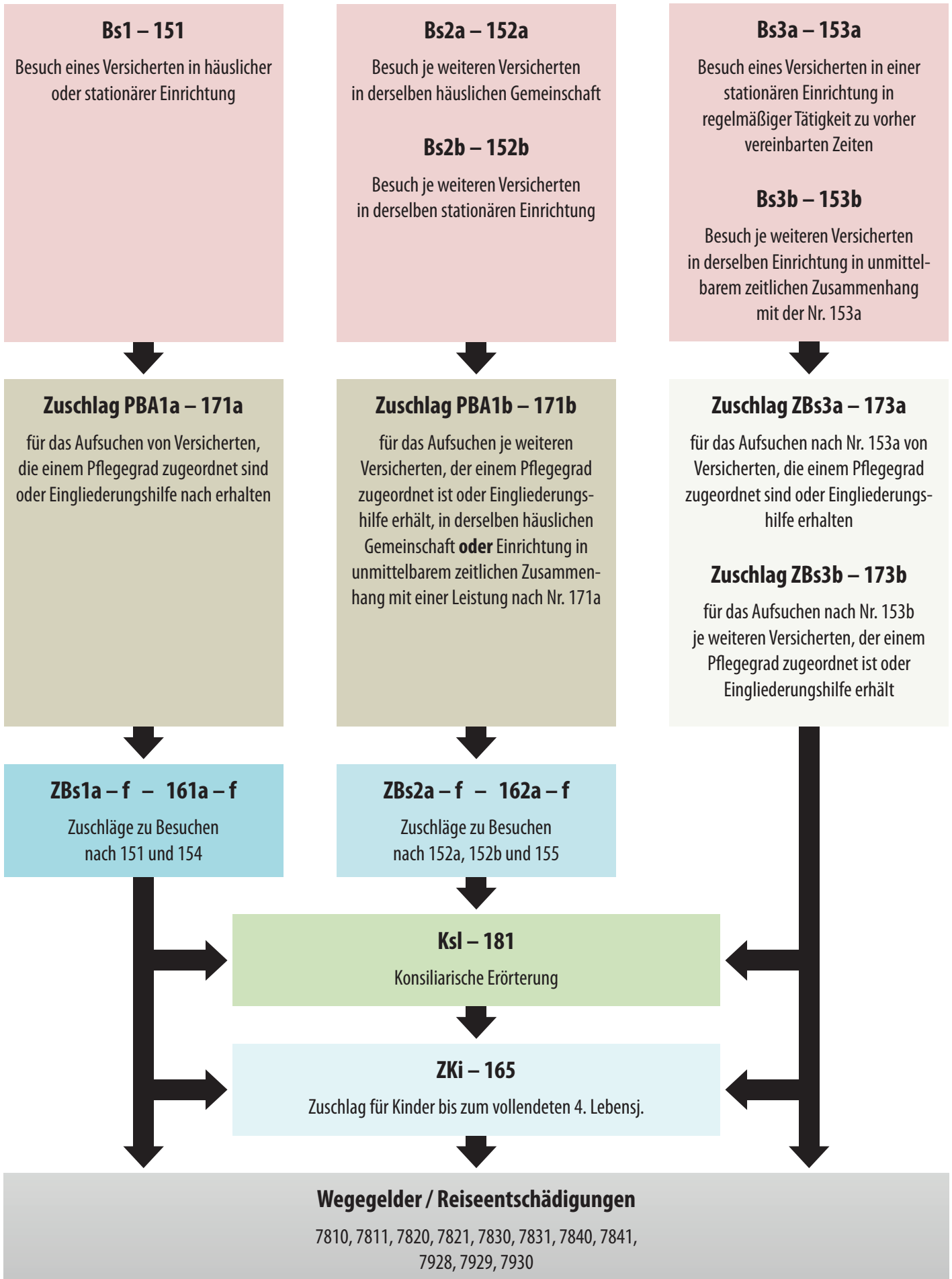
Münster, den 06.06.2018

Ihre KZVWL

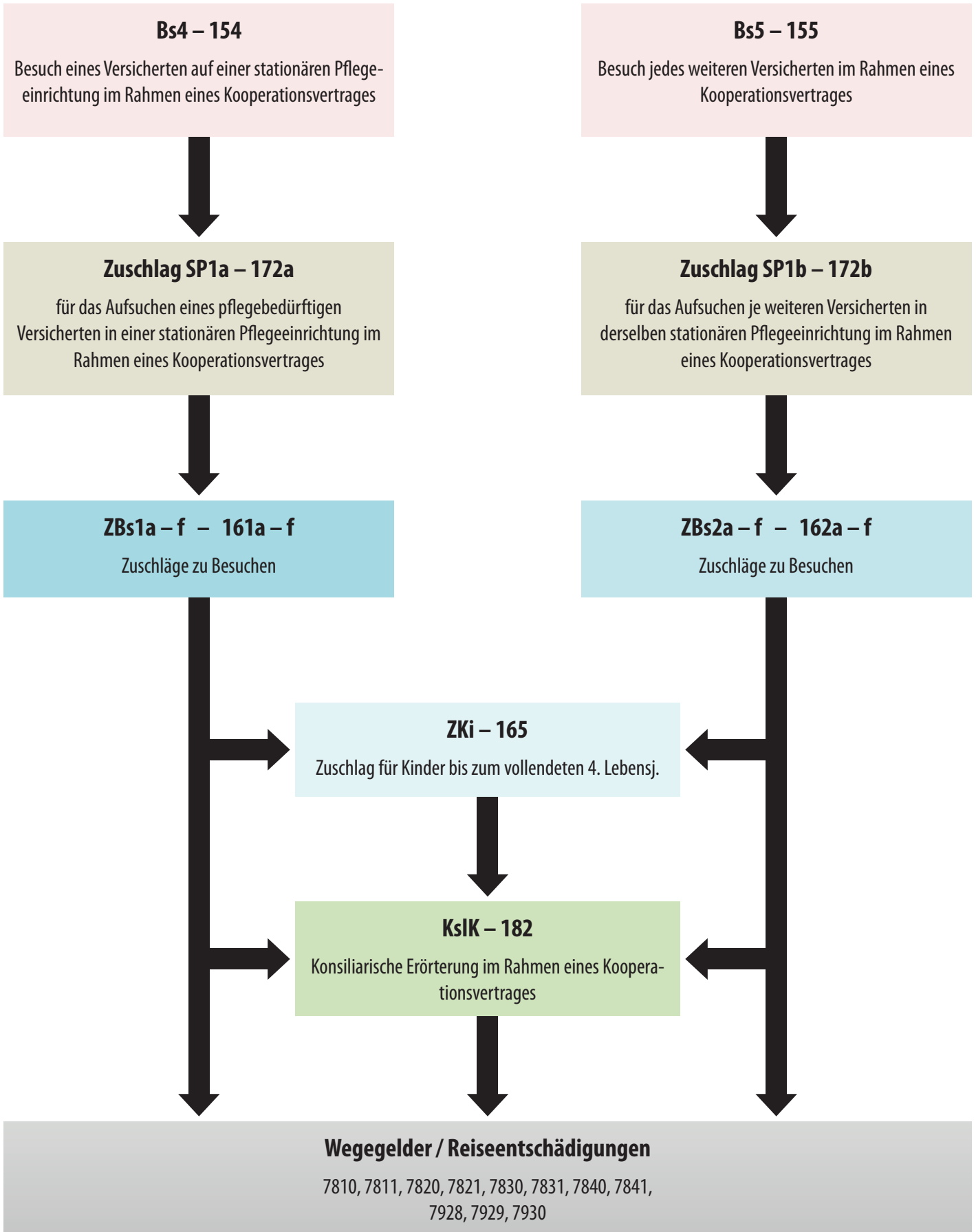
BEMA Nr.	Kurzbez.	Leistungsbeschreibung	Hinweise	Punkte / Euro
151	Bs1	Besuch eines Versicherten	einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	38
152a	Bs2a	Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151	einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	34
152b	Bs2b	Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151	einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	26
153a	Bs3a	Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung, ohne Kooperationsvertrag	einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	30
153b	Bs3b	Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 153a	einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	26
154	Bs4	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrags	einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	30
155	Bs5	Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrags in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 154	einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	26
171a	PBA1a	Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	Der Zuschlag nach 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.	37
171b	PBA1b	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 Nr. 171a	Der Zuschlag nach Nr. 171a ist neben den Zuschlägen nach Nm. 161 und 165, der Zuschlag nach 171b ist neben den Zuschlägen nach Nm. 162 und 165 abrechnungsfähig.	30
172a	SP1a	Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung	Die Zuschläge nach Nm. 172a bis 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.	40
172b	SP1b	Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a	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.	32
173a	ZBs3a	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	Der Zuschlag nach Nr. 172a ist neben den Zuschlägen nach Nm. 161 und 165, der Zuschlag nach 172b ist neben den Zuschlägen nach Nm. 162 und 165 abrechnungsfähig.	32
173b	ZBs3b	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	Der Zuschlag nach 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 Nr. 173a und 173b sind neben dem Zuschlag nach Nr. 165 abrechnungsfähig.	24

BEMA Nr.	Kurzbez.	Leistungsbeschreibung	Hinweise	Punkte / Euro
174a	PBa	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan (Vordruck gem. § 8 Riti), je Kalenderhalbjahr einmal abrechnungsfähig	Die Leistungen nach Nrn. 174a und 174b sind nur für Versicherte abrechnungsfähig, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	20
174b	PBb	Mundgesundheitsaufklärung, je Kalenderhalbjahr einmal abrechnungsfähig		26
181	Ksl	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten		14
182	KsIK	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V	GOÄ 60 wird gestrichen und die 181 und 182 neu aufgenommen	14
161a	ZBs1a	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	Zuschläge für Besuche zu den Nummern 151 und 154.	18
161b	ZBs1b	Zuschlag für Besuche, Mo.-Fr. zw. 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr		29
161c	ZBs1c	Zuschlag für Besuche, Mo.-Fr. zw. 22-6 Uhr		50
161d	ZBs1d	Zuschlag für Besuche, Sa./So./Feiertag zw. 8-20 Uhr		38
161e	ZBs1e	Zuschlag für Besuche, Sa./So./Feiertag zw. 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr	Zuschläge nach den Nrn. 161 a bis 161 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.	67
161f	ZBs1f	Zuschlag für Besuche, Sa./So./Feiertag zw. 22-6 Uhr		88
162a	ZBs2a	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	Zuschläge für Besuche zu den Nummern 152a, 152b und 155.	9
162b	ZBs2b	Zuschlag für Besuche, Mo.-Fr. zw. 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr		15
162c	ZBs2c	Zuschlag für Besuche, Mo.-Fr. zw. 22-6 Uhr		25
162d	ZBs2d	Zuschlag für Besuche, Sa./So./Feiertag zw. 8-20 Uhr		19
162e	ZBs2e	Zuschlag für Besuche Sa./So./Feiertag zw. 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr		34
162f	ZBs2f	Zuschlag für Besuche, Sa./So./Feiertag zw. 22-6 Uhr	Zuschläge nach den Nrn. 162 a bis 162 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.	44
165	ZKi	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152a, 152b, 153a, 153b, 154 und 155 bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr		14
7810	bis zu zwei Kilometern		bei Tag (zwischen 8 und 20 Uhr)	4,30 €
7811	bis zu zwei Kilometern		bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	8,60 €
7820	mehr als zwei Kilometer bis zu fünf Kilometer		bei Tag (zwischen 8 und 20 Uhr)	8,00 €
7821	mehr als zwei Kilometer bis zu fünf Kilometer		bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	12,30 €
7830	mehr als fünf Kilometer bis zu zehn Kilometer		bei Tag (zwischen 8 und 20 Uhr)	12,30 €
7831	mehr als fünf Kilometer bis zu zehn Kilometer		bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	18,40 €
7840	mehr als zehn Kilometer bis zu 25 Kilometer		bei Tag (zwischen 8 und 20 Uhr)	18,40 €
7841	mehr als zehn Kilometer bis zu 25 Kilometer		bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	30,70 €
7928	Reiseentschädigung, Entfernungsradius > 25 km, Abwesenheit bis 8 Std.		0,42 € je KM / plus 56,00 € je Tag	
7929	Reiseentschädigung, Entfernungsradius > 25 km, Abwesenheit über 8 Std.		0,42 € je KM / plus 112,50 € je Tag	
7930	Reiseentschädigung, Kosten für notwendige Übernachtung		Betrag in Euro	

Besuchsleistungen „ohne Kooperationsvertrag“



Besuchsleistungen „mit Kooperationsvertrag“



Neue Leistungspositionen mit Leistungsbeschreibung

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.

174a – PBa Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan, je Kalenderhalbjahr einmal abrechnungsfähig

Leistungsbeschreibung:

Die **Erhebung des Mundgesundheitsstatus** umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleischs, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, einschließlich Dokumentation anhand des Vordruck gem. § 8 Richtlinie des G-BAs nach § 22a SGB V.

Der **individuelle Mundgesundheitsplan** umfasst insbesondere die Angabe:

- der gegenüber der Versicherten oder 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 der Versicherten oder 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.

174b – PBb Mundgesundheitsaufklärung, je Kalenderhalbjahr einmal abrechnungsfähig

Die **Mundgesundheitsaufklärung** umfasst die folgenden Leistungen.

- Aufklärung über die Inhalte nach Nr. 174a;
- Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des fest-sitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleischs 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 der Versicherten oder des Versicherten sowie deren Pflege- oder Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

Bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die Lebensumstände der Versicherten oder des Versicherten zu erfragen sowie deren individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen. Sofern die Versicherte oder 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 die Versicherte oder den Versicherten sowie ggf. für die Pflege- oder Unterstützungspersonen verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise.

Soweit der Versicherten 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 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 der Versicherten oder dem Versicherten zu geben.

Die Anspruchsberechtigung auf die Leistungen sind 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.

Die Leistungen nach Nrn. 174a und 174b sind nur für Versicherte abrechnungsfähig, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten. **Und zwar unabhängig davon, ob sie vom Zahnarzt in einer stationären Einrichtung oder zu Hause besucht werden oder selbst in die Praxis kommen können.**

Neben den Leistungen nach Nrn. 174a und 174b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Nrn. IP1, IP2 und FU nicht abgerechnet werden.

Neue Leistungsposition für Versicherte die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten für:

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

Die Leistung nach 107a ist **einmal pro Kalenderhalbjahr** abrechnungsfähig.

Sie kann nicht abgerechnet werden, wenn in **demselben Kalenderhalbjahr** bereits eine Leistung nach **Nr. 107** abgerechnet worden ist.