

Manuela Hackenberg

Leistungen bei pflegebedürftigen Patienten mit und ohne Kooperationsvertrag

Der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) regelt in der Anlage 12 die Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Vereinbarung soll eine die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten berücksichtigende zahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen. Privat Krankenversicherte werden von der Rahmenvereinbarung zwischen der Kassen- zahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) allerdings nicht erfasst.

Kooperationsverträge

Vertragszahnärzte können nach § 119b Abs. 1 SGB V mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge schließen. Ziel der Kooperationsverträge 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 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 zahn-

medizinischen Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, den Bewohnern/gesetzlichen Vertretern sowie deren Angehörigen.

WICHTIG

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. Ebenso 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.

Aufgaben des Kooperationszahnarztes

1) Diagnostik bei Neuaufnahme

Bei einer Neuaufnahme eines Pflegebedürftigen in die Pflegeeinrichtung soll die erste Untersuchung innerhalb von 8 Wochen ab der Information des Zahnarztes durch die Pflegeeinrichtung über die Neuaufnahme stattfinden.



2) Diagnostik der pflegebedürftigen Patienten – bis zu 2-mal jährlich

Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten mit Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs.

INFO

Hinsichtlich der Bonusregelung wird die zahnärztliche Untersuchung im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz im Bonusheft des Patienten bestätigt (§ 55 Abs. 1 S. 3 ff. SGB V).

3) Präventionsmaßnahmen – bis zu 2-mal jährlich

Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan

(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 § 99 SGB IX erhalten)

Bei der Erstellung des Plans werden Angaben des Versicherten und ggf. der Pflegepersonen berücksichtigt.

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
174a	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20

- 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

Der Mundgesundheitsstatus und der individuelle Mundgesundheitsplan werden in den Vordruck nach Anlage 2 (Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z) eingetragen (Abb. 1).

INFO

Pflegepersonen können Vordruck 10 (vgl. Abb. 1) mit Zustimmung des Versicherten als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.

Mundgesundheitsaufklärung

(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 § 99 SGB IX erhalten)

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
174b	Mundgesundheitsaufklärung	26

- 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 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 Pflegepersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflegepersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.

Entfernen harter Zahnbeläge

(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 § 99 SGB IX erhalten)

Muster



Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

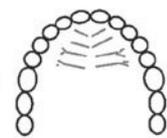
Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/>  Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/>  Beläge rechts <input type="checkbox"/> rechts links Beläge links <input type="checkbox"/> links Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein	Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____	Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____
Zustand Pflege Zähne 😊 😐 ☹️ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️ Zahnersatz 😊 😐 ☹️	* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt	

Abb. 1 Vordruck 10: Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen – Anlage 2 der Anlage 12 zum BMV-Z, auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation (gültig ab 30.09.2020; Download unter <https://www.kzbv.de/bundsmantelvertrag.1223.de.html>).

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
107a	Entfernen harter Zahn- beläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, je Sitzung	16

Die Leistung nach BEMA-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.

Weitere Maßnahme

- 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 ggf. eine Empfehlung oder Überweisung.

Die Durchführung von empfohlenen oder veranlassten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung festgestellt.

INFO

Die Leistungen nach den BEMA-Nrn. 01, 174a, 174b und 107a sind sowohl mit als auch ohne Kooperationsvertrag berechnungsfähig.

Hinweise zur Berechnung bei privat versicherten Patienten

Für einen Mundgesundheitsstatus und individuellen Mundgesundheitsplan mit Mundgesundheitsaufklärung sind weder in der GOZ noch in der GOÄ identische Leistungen enthalten. Folgende Positionen können in Anhängigkeit des Leistungsumfangs in Ansatz gebracht werden:



GOZ-Nr.	Leistung	Honorar in EUR 2,3-fach
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Min.	25,87
oder		
1010	Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Min.	12,94
ggf. zzgl.		
Ä4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken	29,49
ggf. zzgl.		
Ä70	kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Anmerkung: für Vordruck Zahn-ärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen)	5,36

Weitere Leistungen wie Untersuchungen, Beratung des Patienten usw. sind selbstverständlich zusätzlich berechnungsfähig.

Besuchsleistungen, Zuschläge und konsiliarische Erörterungen mit und ohne Kooperationsvertrag

Mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Maß-

nahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22 a SGB V), in Kraft getreten am 01.07.2018, wurden nicht nur die präventiven Leistungen nach den BEMA-Nrn. 174a, 174b und 107a umge-

setzt, sondern auch die Besuchspositionen sowie Zuschläge teilweise neu geregelt.

1) Besuchsleistungen und Zuschläge mit Kooperationsvertrag

Besuch 1. Patient	Zuschläge	Besuch jedes weiteren Patienten	Zuschläge
154 BEMA	172a BEMA 161a–f BEMA 165 BEMA	155 BEMA	172b 162a–f BEMA BEMA

1a) Besuch 1. Patient mit Kooperationsvertrag

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
154	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
zzgl.		
172a	Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung	40

Neben der Leistung nach BEMA-Nr. 154 sind die Leistungen nach BEMA-Nrn. 151, 152a, 152b, 153a und 153b nicht abrechnungsfähig. Die BEMA-Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

1b) Besuch jedes weiteren Patienten mit Kooperationsvertrag

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
155	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	26
zzgl.		
172b	Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach der Nr. 172a	32

Neben der Leistung nach BEMA-Nr. 155 sind die Leistungen nach BEMA-Nrn. 151, 152a, 152b, 153a und 153b nicht abrechnungsfähig. Die BEMA-Nr. 155 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

2) Besuchsleistungen und Zuschläge ohne Kooperationsvertrag bei regelmäßiger Tätigkeit in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten

Besuch 1. Patient	Zuschläge	Besuch jedes weiteren Patienten	Zuschläge
153a BEMA	173a BEMA 165 BEMA	153b BEMA	173b 165 BEMA

INFO

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 Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

2a) Besuch 1. Patient in der Einrichtung ohne Kooperationsvertrag bei regelmäßiger Tätigkeit zu vorher vereinbarten Zeiten

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
153a	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
zzgl.		
173a	Zuschlag für das Aufsuchen nach BEMA-Nr. 153a von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten	32

2b) Besuch jedes weiteren Patienten in der Einrichtung ohne Kooperationsvertrag bei regelmäßiger Tätigkeit zu vorher vereinbarten Zeiten

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
153b	Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer der Leistung nach Nummer 153a zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehender 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
zzgl.		
173b	Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153a von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten	24

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



3) Besuchsleistungen und Zuschläge ohne Kooperationsvertrag

... in der Wohnung des Patienten/in derselben häuslichen Gemeinschaft

Besuch 1. Patient	Zuschläge	Besuch jedes weiteren Patienten	Zuschläge
151 BEMA	171a BEMA 161a–f BEMA 165 BEMA	152a BEMA	171b 162a–f BEMA BEMA

... in einer Einrichtung (betreute Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung)

Besuch 1. Patient	Zuschläge	Besuch jedes weiteren Patienten	Zuschläge
151 BEMA	171a BEMA 161a–f BEMA 165 BEMA	152b BEMA	171b 162a–f BEMA BEMA

3a) Besuch 1. Patient in der Privatwohnung oder in einer Einrichtung

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
151	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	38
zzgl.		
171a	Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten	37

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

3b) Besuch jedes weiteren Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
152a	Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	34
zzgl.		
171b	Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 171a	30

Die Leistung nach BEMA-Nr. 152a ist nur abrechnungsfähig für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach BEMA-Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben.

3c) Besuch jedes weiteren Patienten in derselben Einrichtung

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
152b	Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	26
zzgl.		
171b	Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 171a	30

Die Leistung nach BEMA-Nr. 152b ist abrechnungsfähig für Versicherte in derselben Einrichtung (z. B. betreute Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung).

4) Übersicht zu weiteren Zuschläge

Zuschlag für	1. Patient		je weiteren Patienten	
	BEMA-Nr.	Punkte	BEMA-Nr.	Punkte
dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	161a	18	162a	9
Montag bis Freitag in der Zeit von 20–22 Uhr oder 6–8 Uhr durchgeführte Besuche	161b	29	162b	15
Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	161c	50	162c	25
an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen durchgeführte Besuche	161d	38	162d	19
an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20–22 oder 6–8 Uhr durchgeführte Besuche	161e	67	162e	34
an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	161f	88	162f	44
Kinder bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	165	14	165	14

Hinweise zur Berechnung bei privat versicherten Patienten

Eine Handreichung zur gebührenrechtlichen Umsetzung bei privat Krankenversicherten hat der Ausschuss Gebührenrecht der BZÄK mit dem Positionspapier „Die aufsuchende Betreuung in Pflegeeinrichtungen“ im September 2023 veröffentlicht. Die Stellungnahme ist zu finden unter dem folgenden Link: <https://www.bzaek.de/service/positionen-statements/einzelansicht/die-aufsuchende-betreuung-in-pflegeeinrichtungen.html>.

5) Wegegeld und Reiseentschädigung

Gem. Ziffer 3a der allgemeinen BEMA-Bestimmungen gilt für die Berechnung

von Wegegeld und Reiseentschädigung § 8 Abs. 2 und 3 GOZ.

5a) Wegegeld

Zahnärztinnen und Zahnärzte können für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle von

1. bis zu 2 km 4,30 EUR, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 EUR,
2. mehr als 2 km bis zu 5 km 8,00 EUR, bei Nacht 12,30 EUR,
3. mehr als 5 km bis zu 10 km 12,30 EUR, bei Nacht 18,40 EUR,
4. mehr als 10 km bis zu 25 km 18,40 EUR, bei Nacht 30,70 EUR.

Erfolgt der Besuch von der Wohnung der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes aus,

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

INFO

Mit dem Wegegeld werden alle anfallenden Fahrtkosten abgegolten, unabhängig davon welches Verkehrsmittel benutzt wird oder ob der Besuch zu Fuß abgestattet wird.

BEMA-Übersicht Wegegeld

BEMA-Nr.	Entfernungen	Betrag in EUR
7810	für eine Entfernung bis zu 2 km	4,30
7811	für eine Entfernung bis zu 2 km bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	8,60
7820	für eine Entfernung von mehr als 2 km und bis zu 5 km	8,00
7821	für eine Entfernung von mehr als 2 km und bis zu 5 km bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	12,30
7830	für eine Entfernung von mehr als 5 km und bis zu 10 km	12,30
7831	für eine Entfernung von mehr als 5 km und bis zu 10 km bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	18,40
7840	für eine Entfernung von mehr als 10 km und bis zu 25 km	18,40
7841	für eine Entfernung von mehr als 10 km und bis zu 25 km bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	30,70



5b) Reiseentschädigung

Bei Besuchen außerhalb eines Radius von 25 km um die Praxisstelle (alternativ um die Wohnung) tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung wird vergütet:

5. 0,42 EUR für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn der eigene Kraftwagen benutzt wird, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,

6. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 56,00 EUR, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 EUR je Tag,
7. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

INFO

Da die Fahrstrecke einen Hin- und einen Rückweg umfasst, fällt die Fahrstrecke (im Gegensatz zu der Einordnung des Wegegeldes anhand des Entfernungsradius) in der Regel doppelt an. Werden öffentliche Verkehrsmittel oder ein Taxi genutzt, können die tatsächlichen Aufwendungen in Ansatz gebracht werden.

BEMA-Übersicht Reiseentschädigung

BEMA-Nr.	Reiseentschädigung	Betrag je km in EUR	Betrag Abwesenheit in EUR
7928	bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 km und Abwesenheit von bis zu 8 Stunden je Tag	0,42	zzgl. 56,00
7929	bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 km und Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag	0,42	zzgl. 112,50
7930	Kosten für notwendige Übernachtungen	nach Beleg*	

* Betragen die Übernachtungskosten über 25,56 EUR, muss der Arzt die Originalrechnung in der Praxis aufbewahren.

6) Konsiliarische Erörterungen

6a) persönlich oder fermündlich

Unter persönlicher Erörterung ist der Austausch in physischer Anwesenheit aller am Konsil beteiligten Ärzte bzw. Zahnärzte zu verstehen. Die fermündliche Erörterung wird telefonisch durchgeführt.

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
181a	konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten, persönlich oder fermündlich (ohne Kooperationsvertrag)	14
oder		
182a	konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, persönlich oder fermündlich	14

6b) Telekonsil/Videokonsil

Ein Telekonsil ist die zeitgleiche bzw. zeitversetzte Kommunikation zwischen Ärzten bzw. Zahnärzten unter Nutzung

zulässiger elektronischen Dienste und ermöglicht den elektronischen Austausch von Dokumenten und Bildern. Ein zeitgleiches Telekonsil zwischen

Ärzten bzw. Zahnärzten mithilfe eines Videodienstes nach Anlage 16 BMV-Z wird als Videokonsil bezeichnet.

BEMA-Nr.	Leistung	Punkte
181b	konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten, im Rahmen eines Telekonsils (ohne Kooperationsvertrag)	16
oder		
182b	konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, im Rahmen eines Telekonsils	16

Hinweise zu konsiliarischen Erörterungen

Die Leistungen nach BEMA-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 persön-

lich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat.

Die Leistungen nach BEMA-Nrn. 181a und 181b sind auch dann abrechenbar, wenn die Erörterung zwischen einem Zahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen bzw. zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes bzw. Zahnarztes erfolgt.

Die Leistungen nach BEMA-Nrn. 181a und 181b sind nicht abrechenbar, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft (BU), einer Praxisgemeinschaft von Ärzten bzw. Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung oder desselben medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) sind. Sie sind nicht abrechenbar für routinemäßige Besprechungen.

Beispiele

Beispiel 1: Besuch eines Ehepaars (beide Pflegegrad 1) in deren Privatwohnung

Leistung	Zahn	BEMA-Nr.
Patient I – Ehefrau		
Besuch eines Versicherten		151
eingehende Untersuchung und Beratung (Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 151)		-
Zuschlag zu 151 (Besuch eines Pflegebedürftigen)		171a
Wegegeld (Radius 5 km) ½ für Besuch Ehefrau		7820
Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan		174a
Mundgesundheitsaufklärung		174b
Entfernen harter Zahnbeläge	35-45	107a
Beseitigen störender Prothesenränder (Druckstelle)	46,47	106
lokale medikamentöse Behandlung Schleimhauterkrankung	46,47	105
Patient II – Ehemann		
Besuch eines weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft		152a
eingehende Untersuchung und Beratung (Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 152a)		-
Zuschlag zu 152a (Besuch eines weiteren Pflegebedürftigen)		171a
Wegegeld (Radius 5 km) ½ für Besuch Ehemann		7820
Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan		174a
Mundgesundheitsaufklärung		174b
Entfernen harter Zahnbeläge	14-24 33-43	107a
lokale medikamentöse Behandlung Schleimhauterkrankung	14-24 33-43	105



Beispiel 2: Besuch von 3 Patienten in einer stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrags

Leistung	Zahn	BEMA-Nr.
Patient I – Pflegegrad 3		
Besuch eines Versicherten im Rahmen eines Kooperationsvertrags		154
eingehende Untersuchung und Beratung (Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 154)		-
Zuschlag zu 154 (Besuch Pflegebedürftiger im Rahmen eines Kooperationsvertrags)		172a
Wegegeld (Radius 10 km) 1/3 für Besuch Patient I		7830
Beseitigen störender Prothesenränder (Druckstelle)	17/27	106
lokale medikamentöse Behandlung Schleimhauterkrankung	17/27	105
Patient II – Pflegegrad 2		
Besuch eines weiteren Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrags		155
eingehende Untersuchung und Beratung (Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 155)		-
Zuschlag zu BEMA-Nr. 155 (Besuch weiterer Pflegebedürftiger im Rahmen eines Kooperationsvertrags)		172b
Wegegeld (Radius 10 km) 1/3 für Besuch Patient II		7830
Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan		174a
Mundgesundheitsaufklärung		174b
Entfernen harter Zahnbeläge	43-34	107a
lokale medikamentöse Behandlung Schleimhauterkrankung	43-34	105
Patient III – Pflegegrad 3		
Besuch eines weiteren Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrags		155
eingehende Untersuchung und Beratung (Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 155)		-
Zuschlag zu BEMA-Nr. 155 (Besuch weiterer Pflegebedürftiger im Rahmen eines Kooperationsvertrags)		172b
Wegegeld (Radius 10 km) 1/3 für Besuch Patient III		7830
Teilunterfütterung einer Prothese im direkten Verfahren	UK	100c

Fazit

Wenn Patienten bedingt durch eine Pflegebedürftigkeit oder Behinderung die Zahnarztpraxis nicht mehr für Behandlungen aufsuchen können, hat der Verordnungsgeber durch Leistungen gem. § 22 Abs. 1 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen) sowie den Besuchsleistungen mit entsprechenden Zuschlägen die Mög-

lichkeit einer adäquaten aufsuchenden zahnärztlichen Betreuung geschaffen.

Die Regelungen zu Kooperationsverträgen zwischen Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten in den §§ 119b Abs. 1 und 87 Abs. 2j SGB V sollen darüber hinaus die zahnärztliche Betreuung von Patienten in Pflegeeinrichtungen verbessern.

Ähnliche Maßnahmen wären auch im Bereich der GOZ/GOÄ für privat Krankenversicherte dringend not-

wendig, wurden aber bisher nicht umgesetzt. Somit müssen für diese Patientengruppe die Leistungen nach den originären Positionen berechnet werden. Ein Mehraufwand gegenüber der Behandlung in der Zahnarztpraxis kann nur über den Steigerungsfaktor gem. § 5 Abs. 1 (ggf. i. V. m. einer abweichenden Honorarvereinbarung gem. § 2 Abs.1) abgebildet werden.

**Manuela Hackenberg**

PRAXIS PLAN

Kanalstraße 12

83052 Bruckmühl

Internet:

www.praxisplan-mh.de

E-Mail:

hackenberg@praxisplan-mh.de