

Übersicht

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Leistungen zur zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen

Stand: August 2019

Besuche, Zuschläge, präventive Maßnahmen

Wegegeld/Reiseentschädigung, konsiliarische Erörterung

1. Besuche

Als Besuch gilt der Weggang des Arztes/Zahnarztes aus seinen Praxisräumen oder aus seiner Wohnung zum Zweck des Aufsuchens eines Patienten in dessen Wohnung oder sonstigen Aufenthaltsort. Der Besuch muss angefordert oder vorher vereinbart worden sein bzw. im Rahmen eines Kooperationsvertrages stattfinden.

Die Besuchsanforderung erfolgt durch den Patienten selbst bzw. dessen Angehörigen, dem gesetzlichen Betreuer oder auch durch das Personal im Pflege- bzw. Seniorenheim. In der Patientenkartei sind der Grund des Besuches und die anfordernde Person zu dokumentieren. Das Recht auf freie Zahnarztwahl bleibt im Rahmen eines Besuches unberührt.

Besuche erfolgen überwiegend mit der üblichen zahnärztlichen Ausstattung. Daher werden i. d. R. einfache und unkomplizierte zahnärztliche Leistungen erbracht, wie z. B. die zahnärztliche Untersuchung (auch als Nachweis für das Bonusheft), Zahnsteinentfernung, Behandlung von Mundschleimhautrekrankungen, Entfernen lockerer Zähne, Beseitigen von Prothesendruckstellen, einfache Prothesenreparaturen oder ggf. auch Neuherstellungen von herausnehmbarem Zahnersatz. Mit einer entsprechenden Ausrüstung, zum Beispiel stationär vorhandene oder mobile Behandlungseinheiten können auch weitere Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden.

Die im Rahmen des Besuches erhobenen Diagnosen sowie die durchgeführten Beratungen und Therapiemaßnahmen sind vollständig und zeitnah zu dokumentieren. Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ist auch für Besuchsmaßnahmen erforderlich.

Alle Besuche schließen die Beratung nach Geb.-Pos. Ä1 und die Untersuchung nach Geb.-Pos. 01 ein. Die Besuchsleistungen sind je Besuch, also auch für Folgebesuche oder einem zweiten Besuch am selben Tag durch den Zahnarzt berechnungsfähig. Gleiches gilt für das Wegegeld und ggf. für die Zuschlagspositionen.

Für das Aufsuchen des Patienten durch eine Praxismitarbeiterin (z. B. Abholung einer Prothese zur Reparatur o. ä.) ist keine Besuchsgebühr abrechnungsfähig.

Der Ansatz der einzelnen Besuchs- und ggf. Zuschlagsgebühren unterscheidet sich seit 01. April 2014 dahingehend, ob ein Besuch ohne oder mit Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V durchgeführt wurde.

„ohne“ Kooperationsvertrag		„mit“ Kooperationsvertrag	
Geb.-Pos.	Zuschlag	Geb.-Pos.	Zuschlag
151/Bs1	171a/PBA1a	154/Bs4	172a/SP1a
152a/Bs2a	171b/PBA1b	155/Bs5	172b/SP1b
152b/Bs2b			
153a/Bs3a	173a/ZBs3a		
153b/Bs3b	173b/ZBs3b		
zzgl. Wegegeld gemäß § 8 Abs. 2 Satz 4 der GOZ, Geb.-Pos. 174a,b, 107a, Zeitzuschlag nach Geb.-Pos. 161a-f, 162a-f, Kinderbehandlung Geb.-Pos. 165			

2. Änderungen zum 01.07.2018 gemäß § 22a SGB V

Der Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen beschließt in Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen folgende Änderungen:

Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, haben gemäß § 22a SGB V seit dem 01.07.2018 Anspruch auf präventive Leistungen. Hierzu zählen: die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans, die Mundgesundheitsaufklärung sowie die Entfernung harter Zahnbeläge.

Die bislang in den Geb.-Pos. 172c und 172d enthaltenen präventiven Maßnahmen -Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs sowie versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit-, die auf die Erbringung in Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages beschränkt waren, sind ersetzt und auf die Zielgruppe des § 22a SGB V erweitert worden.

Des Weiteren wurden die bisherigen Besuchs- und Zuschlagspositionen zum 01.07.2018 teilweise höher bewertet bzw. Positionen inhaltlich erweitert (BEMA-Pos.: 152a+b, 153a+b und 173a+b). Hier erfolgt die Abrechnung, wenn kein Kooperationsvertrag vorliegt. Die bisherigen Positionen 152, 153, 172c und 172d sind somit entfallen.

2.1 Präventive Maßnahmen

Gemäß § 22a SGB V sind folgende Gebührenpositionen bei allen Versicherten abrechenbar, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten:

Geb.-Pos.	Leistung	Punkte	Berechnung
174a/PBa	Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, individueller Mundgesundheitsplan (§§ 4 und 5 der Richtlinie)	20	1x je Kalenderhalbjahr
174b/PBb	Mundgesundheitsaufklärung (§ 6 der Richtlinie)	26	1x je Kalenderhalbjahr
107a/PBZst	Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7 der Richtlinie)	16	1x je Kalenderhalbjahr

Die Leistungen können bei vorliegendem Bescheid über einen Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI, über eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII oder im Rahmen eines Kooperationsvertrages je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.

Der Ansatz ist bei vorliegendem Bescheid möglich, unabhängig davon, ob die Leistungen im häuslichen Umfeld, in einer Einrichtung oder in der Zahnarztpraxis erbracht werden.

Die Anspruchsberechtigung ist vom Patienten selbst, dem gesetzlichen Betreuer oder vom Pflegepersonal durch einen behördlichen Bescheid nachzuweisen und in der Patientenakte zu dokumentieren. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI

Im Auftrag der Pflegekassen ermitteln der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder auch andere unabhängige Gutachter, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 15 SGB XI erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Die Pflegekasse erteilt den schriftlichen Bescheid über den Antrag.

Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII

Personen, die eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX aufweisen oder hiervon bedroht sind, erhalten Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII. Die Eingliederungshilfe ist eine Sozialhilfeleistung und in den §§ 53 bis 60 SGB XII geregelt. Der Antrag auf Eingliederungshilfe sollte beim örtlichen Sozialamt oder ggf. bei dem zuständigen Sozialhilfeträger gestellt werden.

Geb.-Pos. 174a/PBa

20 Punkte

Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan

Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustandes 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 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 und der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel.

Die Maßnahmen können vom Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchgeführt werden.

Bei der Erstellung des Mundgesundheitsplans 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. Das ausgefüllte Formblatt gehört zum Leistungsinhalt der Geb.-Pos und sollte regelmäßig an den Patienten bzw. dessen Angehörigen, dem Betreuer oder dem Pflegepersonal übergeben werden. Es dient vorrangig der Instruktion des Pflegepersonals und kann als Anleitung zur Pflege sowie zur Dokumentation genutzt werden.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang, dass das Formblatt **nicht** bei der KZV Sachsen-Anhalt einzureichen ist. Das Muster zum Download finden Sie auf der Internetseite der KZV Sachsen-Anhalt.

Geb.-Nr. 174b (PBb) Mundgesundheitsaufklärung

26 Punkte

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

Die Lebensumstände des Versicherten sind zu erfragen sowie die individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen des Versicherten angemessen zu berücksichtigen. 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.

Neben den Leistungen nach Geb.-Pos. 174a und 174b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Geb.-Pos. IP1, IP2, FU 1a-c und FU 2 nicht abgerechnet werden.

Geb.-Nr. 107a (PBZst)

16 Punkte

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

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

3. Abrechnung von Besuchen ohne Kooperationsvertrag

Folgende Gebührenpositionen sind **ohne Kooperationsvertrag** für Besuchsleistungen ansetzbar:

151/Bs1

38 Punkte

Besuch **eines** Versicherten, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung
Die Abrechnung der Geb.-Pos. 151 erfolgt, wenn ein Patient (oder der erste Patient von mindestens zwei) zu Hause, in häuslicher (Wohn)Gemeinschaft oder im Senioren- bzw. Pflegeheim aufgesucht wird. Zusätzlich kann das Wegegeld (ggf. anteilig) berechnet werden. Ebenso sind Zuschlagspositionen sowie die Geb.-Pos. 174a, 174b und 107a -bei Vorliegen der Voraussetzungen und unter Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen- zusätzlich berechenbar.

152a/Bs2a

34 Punkte

Besuch **jedes weiteren** Versicherten in **derselben häuslichen Gemeinschaft** in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit einer Leistung nach Geb.-Pos. 151 – einschl. Beratung und eingehender Untersuchung
Die Abrechnung der Geb.-Pos. 152a erfolgt für jeden weiteren Patienten, der in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang neben dem erstbesuchten Patienten (nach Geb.-Pos. 151) in derselben häuslichen Gemeinschaft (Privatwohnung des Patienten) behandelt wird. Zusätzlich kann das Wegegeld anteilig berechnet werden. Ebenso sind Zuschlagspositionen sowie die Geb.-Pos. 174a, 174b und 107a -bei Vorliegen der Voraussetzungen und unter Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen- zusätzlich berechenbar.

152b/Bs2b

26 Punkte

Besuch **jedes weiteren** Versicherten in **derselben Einrichtung** in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschl. Beratung und eingehender Untersuchung.
Die Abrechnung der Geb.-Pos. 152b erfolgt für jeden weiteren Patienten, der in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang neben dem erstbesuchten Patienten (nach Geb.-Pos. 151) in derselben Einrichtung (betreute Wohngemeinschaften und stationäre Pflegeeinrichtungen) behandelt wird.
Zusätzlich kann das Wegegeld anteilig berechnet werden. Ebenso sind Zuschlagspositionen sowie die Geb.-Pos. 174a, 174b und 107a -bei Vorliegen der Voraussetzungen und unter Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen- zusätzlich berechenbar.

153a/Bs3a

30 Punkte

Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrages nach §119b Abs. 1 SGB V– einschl. Beratung und eingehender Untersuchung.
Die Abrechnung der Geb.-Pos. 153a erfolgt, wenn ein Patient (oder der erste Patient von mindestens zwei) in einer stationären Pflegeeinrichtung aufgesucht wird oder in einer Einrichtung, in der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. am Leben in der

Gemeinschaft, bei der die schulische Ausbildung oder die Erziehung im Vordergrund stehen und demnach gemäß §71 Abs. 4 SGB XI nicht unter den Begriff Pflegeeinrichtung fallen.

Das Kriterium der vorher vereinbarten Besuchszeit ist erfüllt, wenn die konkrete Besuchszeit zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten (oder dem Vertreter, ggf. mit der Einrichtung) vorher abgesprochen und festgelegt worden ist. Im Gegensatz zu den Geb.-Pos. 151 und 152a + b erfolgt der zahnärztliche Besuch also nicht auf besondere Anforderung im Einzelfall ohne Vorankündigung. Das hat für den Zahnarzt den Vorteil, dass er seine Besuchstätigkeit besser planen und organisieren kann.

Das Kriterium der regelmäßigen Tätigkeit des Zahnarztes in der Einrichtung ist dann verwirklicht, wenn der Zahnarzt regelhaft wiederholt in bestimmten zeitlichen Abständen in der Einrichtung tätig wird. In diesem Fall sind ihm insbesondere die Örtlichkeit und die dortigen Abläufe vertraut, so dass ihm die Besuchstätigkeit in der konkreten Einrichtung im Normalfall ein routinemäßiges Vorgehen gestattet. Auch hierdurch wird also grundsätzlich eine bessere Planbarkeit des Besuchs gerade in zeitlicher Hinsicht ermöglicht sein. Folgerichtig ist die Regelmäßigkeit bezogen auf die Einrichtung, nicht auf den einzelnen dort betreuten Patienten zu sehen.

Die Geb.-Pos. 153 ist auch dann ansetzbar, wenn die Termine für die Besuchstätigkeit nicht für einen längeren Zeitraum turnusmäßig vorab festgelegt, sondern beispielsweise Monat für Monat mit der Einrichtung (individuell) geplant und vereinbart werden.

Zusätzlich kann das Wegegeld (ggf. anteilig) berechnet werden. Ebenso sind Zuschlagspositionen sowie die Geb.-Pos. 174a, 174b und 107a -bei Vorliegen der Voraussetzungen und unter Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen- zusätzlich berechenbar.

153b/Bs3b

26 Punkte

Besuch je weiteren Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrages nach §119b Abs. 1 SGB V – einschl. Beratung und eingehender Untersuchung

Die Abrechnung der Geb.-Pos. 153b erfolgt, wenn neben dem erstbesuchten Patienten nach Geb.-Pos. 153a noch ein weiterer Patient in derselben stationären Pflegeeinrichtung oder Einrichtung aufgesucht wird.

Zusätzlich kann das Wegegeld anteilig berechnet werden. Ebenso sind Zuschlagspositionen sowie die Geb.-Pos. 174a, 174b und 107a -bei Vorliegen der Voraussetzungen und unter Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen- zusätzlich berechenbar.

Der Begriff der „stationären Pflegeeinrichtung“ ist hier im Sinne des §71 Abs. 2 SGB XI zu verstehen. Danach sind stationäre Pflegeeinrichtungen selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.
Bitte klären Sie im Einzelfall den Status der besuchten Einrichtung vor Abrechnung der Besuchsgebühren mit den zuständigen Mitarbeitern dort ab.

3.1 Abrechnung der Zuschlagsgebühr neben Besuchen nach Geb. 151-153 ohne Kooperationsvertrag

Die Zuschläge nach Geb.-Pos. 171a, 171b, 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 die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung, nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.

Die Anspruchsberechtigung ist vom Patienten selbst, dem gesetzlichen Betreuer oder vom Pflegepersonal durch einen behördlichen Bescheid nachzuweisen und in der Patientenakte zu dokumentieren. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

171a/PBA1a

37 Punkte

Zuschlag für das Aufsuchen eines Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält. Der Zuschlag nach Position 171a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Geb.-Pos. 151 abrechenbar.

171b/PBA1b

30 Punkte

Zuschlag für das Aufsuchen jedes **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 unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit einer Leistung nach Geb.-Pos. 171a. Der Zuschlag nach Position 171b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Geb.-Pos. 152a oder 152b abrechnungsfähig.

173a/ZBs3a

32 Punkte

Zuschlag für das Aufsuchen eines Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält. Der Zuschlag nach Position 173a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Geb.-Pos. 153a abrechenbar.

173b/ZBs3b

24 Punkte

Zuschlag für das Aufsuchen jedes **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 unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit einer Leistung nach Geb.-Pos. 173a. Der Zuschlag nach Position 173b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Geb.-Pos. 153b abrechnungsfähig.

4. Abrechnung von Besuchen mit Kooperationsvertrag

Die seit 01.04.2014 gültigen neuen Besuchsgebühren 154 und 155 sind im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes speziell für die aufsuchende Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen beschlossen worden. Sie sind nur abrechnungsfähig für den Besuch von pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung, 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 zuständige KZV die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat. In der Gestaltung des Kooperationsvertrages sind Zahnarzt und Pflegeeinrichtung grundsätzlich frei. Der Vertrag muss jedoch die Mindestanforderungen der Rahmenvereinbarung nach §119b Abs. 2 SGB V erfüllen. Daher empfiehlt sich eine enge Orientierung an den entsprechenden Bestimmungen der Rahmenvereinbarung. Wir verweisen an dieser Stelle auch auf die Anlage im Rundbrief 3/2014. Ein Vertragsmuster zum Download finden Sie auf der Internetseite der KZV Sachsen-Anhalt. Den Abschluss eines Kooperationsvertrages hat der Vertragszahnarzt gegenüber der zuständigen KZV anzuzeigen. Dies gilt gleichfalls für Vertragsänderungen oder die Beendigung des Vertrages.

Die Abrechnung der Besuchs- und Zuschlagsleistungen im Rahmen einer Kooperation kann durch den Zahnarzt erst erfolgen, wenn die zuständige KZV konstitutiv festgestellt hat, dass er hierzu berechtigt ist (Rundbrief 4/2015).

154/Bs4

30 Punkte

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 eingehender Untersuchung

Die Abrechnung der Geb.-Pos. 154 erfolgt, wenn nur ein Patient oder der erste Patient (von mindestens 2) in einer stationären Pflegeeinrichtung aufgesucht wird und ein bestätigter Kooperationsvertrag vorliegt.

Zusätzlich kann das Wegegeld (ggf. anteilig) berechnet werden. Ebenso sind Zuschlagspositionen sowie die Geb.-Pos. 174a, 174b und 107a -unter Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen- zusätzlich berechenbar.

155/Bs5

26 Punkte

Besuch jedes weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119 b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Geb.-Pos.154, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung.

Die Abrechnung der Geb.-Pos. 155 erfolgt, wenn noch ein weiterer oder mehrere Patienten in einer stationären Pflegeeinrichtung aufgesucht werden und ein bestätigter Kooperationsvertrag vorliegt. Zusätzlich kann das Wegegeld anteilig berechnet werden. Ebenso sind Zuschlagspositionen sowie die Geb.-Pos. 174a, 174b und 107a -unter Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen- zusätzlich berechenbar.

4.1 Abrechnung der Zuschlagsgebühr neben Besuchen nach Geb. 154-155 mit Kooperationsvertrag

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 zuständige KZV die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.

Eine Vorlage des behördlichen Bescheides ist im Rahmen der Kooperationsvereinbarung nicht erforderlich. Die Leistungen können in Ansatz gebracht werden, wenn die Berechtigung durch die KZV Sachsen-Anhalt festgestellt wurde.

Die bislang in Geb.-Pos. 172c und 172d enthaltenen präventiven Maßnahmen -Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs sowie versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit-, die auf die Erbringung in Pflegeeinrichtungen beschränkt waren, sind ersetzt und auf die Zielgruppe des § 22a SGB V erweitert worden. Die Pos. 172c und 172d wurden durch die neuen Geb.-Pos. 174a und 174b ersetzt, s. Punkt 2.1.

172a/SP1a

40 Punkte

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.

Die Abrechnung der Geb.-Pos. 172a erfolgt, wenn nur ein Patient oder der erste Patient (von mindestens 2) in einer stationären Pflegeeinrichtung aufgesucht wird und ein bestätigter Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V vorliegt. Der Zuschlag nach Position 172a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Geb.-Pos. 154 abrechnungsfähig.

172b/SP1b

32 Punkte

Zuschlag für das Aufsuchen jedes weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Geb.-Pos. 172a.

Die Abrechnung der Geb.-Pos. 172b erfolgt, wenn neben dem ersten besuchten Patienten noch ein weiterer Patient oder auch weitere Patienten in derselben stationären Pflegeeinrichtung aufgesucht werden und ein bestätigter Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V vorliegt. Der Zuschlag nach Position 172b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Geb.-Pos. 155 abrechnungsfähig.

5. Weitere Zuschläge/Zeitzuschläge

Mit Wirkung zum 01.04.2013 wurde der BEMA Teil 1 auch um die zusätzlichen Leistungspositionen 161-165 erweitert. Die neuen Zuschlagspositionen 161 und 162 umfassen den bloßen Zuschlag als solchen, so dass sie neben der zugrunde liegenden Besuchsposition abzurechnen sind. An der Bewertung der Zuschläge hat sich gegenüber der GOÄ 82 nichts geändert.

Die Zeitzuschläge nach Geb.-Pos. 161 gelten für die Pos. 151 und 154. Die Zuschläge nach Geb.-Pos. 162 gelten für die Pos. 152a+b und 155. Für die Geb.-Pos. 153a+b sind keine Zeitzuschläge abrechenbar

Zuschläge nach den Nrn. 161a bis 161f bzw. 162a bis 162f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

Übersicht:

Gebührenposition 161/Zuschläge zur Besuchsgebühr 151 und 154

Gebührenposition 162/Zuschläge zur Besuchsgebühr 152 und 155 (½ Zuschläge)

Geb.-Pos.	Abkürzung	Punkte	Erläuterung
161a 162a	ZBs1a ZBs2a	18 9	dringend angefordert und unverzüglich ausgeführt
161b 162b	ZBs1b ZBs2b	29 15	Mo.-Fr. zwischen 6 - 8 oder 20 - 22 Uhr
161c 162c	ZBs1c ZBs2c	50 25	Mo.-Fr. zwischen 22 - 6 Uhr
161d 162d	ZBs1d ZBs2d	38 19	Sa./So./Feiertag zwischen 8 - 20 Uhr
161e 162e	ZBs1e ZBs2e	67 34	Sa./So./Feiertag zwischen 6 - 8 oder 20 - 22 Uhr
161f 162f	ZBs1f ZBs2f	88 44	Sa./So./Feiertag zwischen 22 - 6 Uhr

Hinweise:

Die „dringende Anforderung“ setzt voraus, dass der Zahnarzt auf Grund der Symptomschilderung den Besuch so einstuft, dass er auch die Dringlichkeit für geboten hält. Ist die unverzügliche Ausführung aus Sicht des Zahnarztes nicht erforderlich, kann der Besuch auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, wobei dann die Abrechnung eines Zuschlages nach den Geb.-Pos. 161a oder 162a entfällt.

Als Feiertage im Sinne der Zuschläge nach den Geb.-Pos. 161d-f oder 162d-f gelten nur die gesetzlichen Feiertage, nicht dagegen Tage mit örtlicher Arbeitsruhe oder Brückentage.

Die Zuschlagsgebühr 165/Zki - mit 14 Punkten bewertet- ist ansatzfähig, wenn Kinder bis zum vollendeten 4. Lebensjahr besucht werden müssen. Die Abrechnung erfolgt neben den Besuchsgebühren 151 - 155.

6. Abrechnung von Wegegeldern

Der Zahnarzt kann für jeden Besuch zusätzlich ein Wegegeld bzw. eine Reiseentschädigung berechnen.

Seit 01.04.2013 wird in der neuen Nr. 3a der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA hinsichtlich Wegegeld und Reiseentschädigung auf die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) verwiesen.

Das Wegegeld ist nicht nur Ersatz für Auslagen (Kosten, Verkehrsmittel), sondern auch für den Zeitaufwand für das Zurücklegen der Wegstrecke. Mit dem Wegegeld sind alle anfallenden Fahrtkosten abgegolten, unabhängig davon, welches Verkehrsmittel benutzt wird. Die Position 7810 ist z. B. auch abrechenbar, wenn der Patient fußläufig zu erreichen ist, d. h. nur wenige (hundert) Meter von der Praxis entfernt besucht wird.

Berechnungsgrundlage für die Positionen 7810 - 7841 ist die einfache Entfernung zwischen Praxis bzw. Wohnung des Arztes und Besuchsstelle (Radius), nicht die Addition von Hin- und Rückweg.

Nach wie vor gilt, dass der Zahnarzt beim Besuchen mehrerer Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in derselben Einrichtung das Wegegeld (und die Reiseentschädigung) unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen darf (§ 8 Abs. 2 Satz 4, § 8 Abs. 3 Satz 3 GOZ).

Das bedeutet: Werden mehrere Patienten besucht, ist die Anzahl der besuchten Patienten als Ziffer in jedem Abrechnungsfall hinter der Wegegeldposition im Bemerkungsfeld zu vermerken. Keinesfalls ist eine Information im „KZV internen Feld“ ausreichend.

Fehlerhaft ist auch die Eingabe der Ziffer 1 für den ersten Patienten, Ziffer 2 für den zweiten Patienten usw. Werden z. B. 7 Patienten im Pflegeheim besucht, ist bei jedem Patienten hinter der Wegegeldposition die Ziffer 7 im Bemerkungsfeld einzutragen!

Die anteilige Berechnung des Betrages je Patient erfolgt programmtechnisch von Seiten der KZV - der Wert muss nicht übermittelt bzw. vermerkt werden.

Wegegelder werden betragsmäßig nach Entfernung und Zeitpunkt des Besuches (z. B. nachts) unterschieden:

Position	Festpreis:	Wegegeld für Entfernungen:
7810	4,30 €	bis zu 2 km
7811	8,60 €	bis zu 2 km bei Nacht zwischen 20 - 8 Uhr
7820	8,00 €	von mehr als 2 bis zu 5 km
7821	12,30 €	von mehr als 2 bis zu 5 km bei Nacht zwischen 20 - 8 Uhr
7830	12,30 €	von mehr als 5 bis zu 10 km
7831	18,40 €	von mehr als 5 bis zu 10 km bei Nacht zwischen 20 - 8 Uhr
7840	18,40 €	von mehr als 10 bis zu 25 km
7841	30,70 €	von mehr als 10 bis zu 25 km bei Nacht zwischen 20 - 8 Uhr

In Einzelfällen kommt die Reiseentschädigung nach Nr. 7928 zur Abrechnung, wenn ein Besuch mit einem Entfernungsradius >25 km und einer Abwesenheit bis zu 8 h erfolgen muss. Die Zahl der zurückgelegten Kilometer der Hin- und Rückfahrt wird dann in die Bemerkungsspalte eingetragen.

Die Bestimmungen zur Besuchsbehandlung gemäß § 76 Abs. 2 des SGB V sind bei der Abrechnung zu beachten.

7. Abrechnungsbeispiele zu den Besuchen ohne Kooperationsvertrag

Beispiel: Besuch von 4 Patienten in einer Einrichtung, Patienten 1-2 mit Nachweis eines Pflegegrades, Patient 3 mit Nachweis über eine Eingliederungshilfe, die einfache Wegstrecke Praxis-Einrichtung beträgt 4 km, präventive Maßnahmen, Entfernung harter Beläge.

Abrechnung	Besuchsgebühr	zusätzliche Geb.-Pos.	Wegegeld
1. Patient:	151	171a, 174a,b, 107a	7820 Bemerkung 4
2. Patient:	152b	171b, 174a,b, 107a	7820 Bemerkung 4
3. Patient:	152b	171b, 174a,b, 107a	7820 Bemerkung 4
4. Patient:	152b	-	7820 Bemerkung 4

Beispiel: Besuch von 2 Patienten in einer stationären Pflegeeinrichtung, bei regelmäßiger Tätigkeit (ohne Kooperationsvertrag), jeweils Nachweis eines Pflegegrades, die einfache Wegstrecke Praxis-Einrichtung beträgt 0,5 km, präventive Maßnahmen, Entfernung harter Beläge.

Abrechnung	Besuchsgebühr	zusätzliche Geb.-Pos.	Wegegeld
1. Patient:	153a	173a, 174a,b, 107a	7810 Bemerkung 2
2. Patient:	153b	173b, 174a,b, 107a	7810 Bemerkung 2

Beispiel: Besuch eines Ehepaares zu Hause, kein behördlicher Bescheid vorhanden, die einfache Wegstrecke Praxis-Wohnung beträgt 7 km.

Abrechnung	Besuchsgebühr	Zuschlagsgebühr	Wegegeld
1. Patient:	151	-	7830 Bemerkung 2
2. Patient:	152a	-	7830 Bemerkung 2

Beispiel: Besuch eines Patienten zu Hause zur Durchführung einer Extraktion, Pflegegrad nachgewiesen, die einfache Wegstrecke Praxis-Wohnung beträgt 2 km. Montag gegen 21.00 Uhr Anruf der Ehefrau; Anforderung eines zweiten Besuches, aufgrund einer Nachblutung.

Abrechnung	Besuchsgebühr	Zuschlagsgebühr	Wegegeld
1. Sitzung/ Patient	151*	171a	7810 Bemerkung 1
2. Sitzung/ Patient 21.00 Uhr:	151*	171a, 161b	7811 Bemerkung 1 (Nachtgebühr)

* zzgl. chirurgischer Leistung und Notdienstleistung

8. Abrechnungsbeispiele zu den Besuchen mit Kooperationsvertrag

Beispiel: Besuch von 7 Patienten in einer stationären Pflegeeinrichtung, die einfache Wegstrecke Praxis-Pflegestation beträgt 8 km, Patienten 1-3 präventive Maßnahmen, 1-6 Entfernung harter Beläge.

Abrechnung	Besuchsgebühr	zusätzliche Geb.-Pos.	Wegegeld
1. Patient:	154	172a, 174a,b, 107a	7830 Bemerkung 7
2. Patient:	155	172b, 174a,b, 107a	7830 Bemerkung 7
3. Patient:	155	172b, 174a,b 107a	7830 Bemerkung 7
4. Patient:	155	172b, 107a	7830 Bemerkung 7
5. Patient:	155	172b, 107a	7830 Bemerkung 7
6. Patient:	155	172b, 107a	7830 Bemerkung 7
7. Patient:	155	172b	7830 Bemerkung 7

Beispiel: Dringender Besuch eines Patienten in einer stationären Pflegeeinrichtung am Samstag gegen 9.00 Uhr, die einfache Wegstrecke Praxis-Pflegestation beträgt 12 km.

Abrechnung	Besuchsgebühr	Zuschlagsgebühr	Wegegeld
1. Patient:	154	172a, 161d	7840 Bemerkung 1

Beispiel: Besuch von zwei Kindern (3 und 8 Jahre) in einer stationären Pflegeeinrichtung, die einfache Wegstrecke Praxis-Pflegestation beträgt 6 km.

Abrechnung	Besuchsgebühr	Zuschlagsgebühr	Wegegeld
1. Kind:	154	172a, 165	7830 Bemerkung 2
2. Kind:	155	172b	7830 Bemerkung 2

9. Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Zusammenhang mit Besuchen

Die alte GOÄ-Position 60/Konsilium wurde am 01.04.2014 in den BEMA Teil 1 überführt und mit zwei neuen Geb.-Positionen versehen.

Findet allgemein ein Konsilium mit dem betreuenden Arzt, einem anderen Zahnarzt; Mund-Kiefer-Gesichtschirurg oder anderen Facharzt für den betreuten bzw. besuchten Patienten statt, erfolgt der Ansatz der **Geb.-Pos. 181**.

Erfolgt das Konsilium für einen Patienten, der im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V betreut bzw. besucht wird, ist dafür explizit die **Geb.-Pos. 182** anzusetzen. Beide Geb.-Positionen werden mit 14 Punkten bewertet.