

KASSENZAHNÄRZTLICHE
VEREINIGUNG BERLIN

Symposium am 17. Februar 2025

Zahnmedizin für Pflegebedürftige und Menschen mit Beeinträchtigung

Ablauf der Veranstaltung

Zeitplan

- | | |
|-----------|---|
| 17:00 Uhr | Begrüßung und Aktuelles
Dr. Jana Lo Scalzo, stellv. Vorstandsvorsitzende KZV Berlin |
| 17:05 Uhr | Vortrag: „Zahnmedizinische Versorgung geriatrischer Patienten“,
Prof. Dr. Ina Nitschke |
| 17:50 Uhr | Vortrag: „Abrechnung bei den Menschen mit Pflegegrad von Leistungen innerhalb
und außerhalb der Praxisräume, auch für PAR“, KZV Berlin |
| 18:20 Uhr | Diskussions- und Fragerunde |

Geplantes Ende der Veranstaltung ist gegen 19:30 Uhr.



Skript finden Sie unter Webcode W00088



[Für Praxen](#) ▾ [Für Patienten](#) ▾ [Über uns](#) ▾ [News-Portal](#)

[🏠](#) > [Publikationen](#) > [Skripte](#)

Skripte

EU-Amalgamverbot

Checkliste BEMA-Nr. 13 zum 01.01.2025 Anlass: EU-Amalgamverbot



Gesetzliche Grundlagen

- Verordnung (EU) 2024/1849 vom 13.06.2024 (EU-Quecksilberverordnung)
- Beschluss des Bewertungsausschusses für die Zahnärztlichen Leistungen vom 02.10.2024

Regelleistung BEMA-Nr. 13

Präparieren einer Kavität. Füllen mit plastischem Füllungsmaterial, inklusive einer erforderlichen Unterfüllung, dem Anlegen einer Matrize oder der Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung sowie dem Polieren.

BEMA-Nr.	Leistung	Abkürzung	Punkte ab 01.01.2025
13a	einflächig	F1	33
13b	zweiflächig	F2	41
13c	dreiflächig	F3	53
13d	mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	F4	63

Mit der Abrechnung der Geb.-Nr. 13 ist die Verwendung jedes ausreichenden, zweckmäßigen, erprobten und praxisüblichen plastischen Füllungsmaterials abgegolten.

- Im Frontzahnbereich sind adhäsiv befestigte Füllungen Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.
- Im Seitenzahnbereich sind selbstadhäsive Materialien, im Ausnahmefall Bulkfill-Komposite Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Selbstadhäsive plastische Füllungsmaterialien

Die Entscheidung, welches konkrete Füllungsmaterial im jeweiligen Einzelfall als ausreichend und zweckmäßig zu erbringen aus allen erprobten und praxisüblichen plastischen Materialien auszuwählen ist, kann und muss vom handelnden Vertragszahnarzt getroffen werden. Dabei sind die Herstellerangaben zur Indikation zu beachten.

Folgende Materialstoffklassen stehen aktuell zu Verfügung (Liste ggf. nicht abschließend):

- Glasionomerzemente (GIZ)
 - hochvisköser Glasionomerzement (HGIZ) / Glashybrid
 - Kunststoff-modifizierte Glasionomerzemente (KM-GIZ)
 - GIZ-Komposit-Hybrid (GKH)
 - Glascarbomer (GC)
- Selbstadhäsive Komposite (SAK)
- Alkasite (ohne Primer)
- Bulkfill-Komposite (Ausnahmeregelung beachten!)

Webcode: **W00473**

Nr. 13 BEMA ab 01. Januar 2025

Die Geb.-Nr. 13 wird wie folgt gefasst:

Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllungsmaterial, einschließlich einer erforderlichen Unterfüllung, dem Anlegen einer Matrize oder der Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung sowie dem Polieren

BEMA-Nr.	Leistung	Abkürzung	Punkte neu ab 01.01.2025	Punkte alt bis 31.12.2024
13a	einflächig	F1	33	32
13b	zweiflächig	F2	41	39
13c	dreiflächig	F3	53	49
13d	mehr als dreiflächig oder Eckenaufrüstung im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	F4	63	58

Unter Berücksichtigung der nach dem Stand der Wissenschaft hierfür zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten nimmt der Bewertungsausschuss im

Wege der Mischkalkulation eine Neubewertung der Geb.-Nrn. 13 a bis d vor.

Materialien

Selbstadhäsive Materialien:

- Glasionomerzemente (GIZ)
 - hochvisköser Glasionomerzement (HGIZ) / Glashybrid
 - Kunststoff-modifizierte Glasionomerzemente (KM-GIZ)
 - GIZ-Komposit-Hybrid (GKH)
 - Glascarbomer (GC)
- Selbstadhäsive Komposite (SAK)
- Alkasite (ohne Primer)

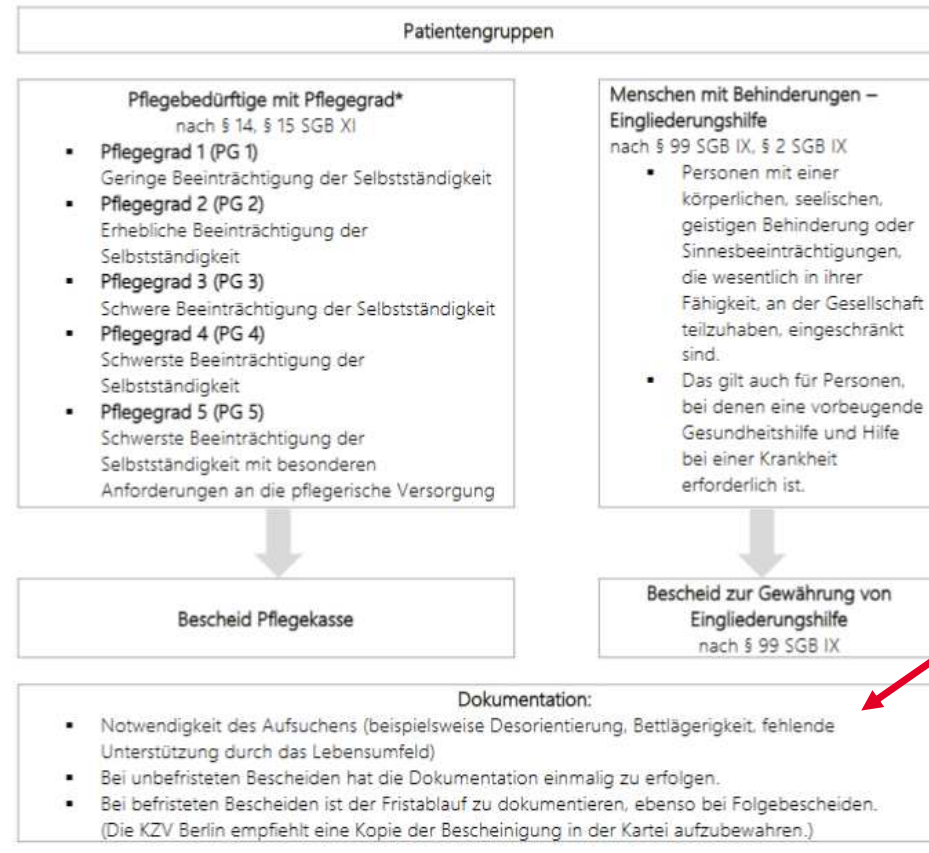
Materialien, die einen zusätzlichen Haftvermittler benötigen:

- Kompositmaterialien einschl. Bulkfill-Komposite
- Kompomere
- Alkasite (mit Primer)

Abrechnung bei den Menschen mit Pflegegrad von Leistungen innerhalb und außerhalb der Praxisräume, auch für PAR

Abrechnungsvoraussetzungen

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN
BEMA-NRN. 107a, 174a, 174b, 171a, 171b



Webcode: **W00220**

Pflegegrad oder Eingliederungshilfe!

Wir empfehlen:

- Bereits beim Ausfüllen des Anamnesebogens nach evtl. Pflegegrad (§ 15 SGB XI) oder Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII) fragen!
- Eine entsprechende Dokumentation muss in der Karteikarte erfolgen.



Präventive zahnärztliche Leistungen

Seit 01.07.2018 gilt der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Richtlinie § 22a SGB V über die neuen BEMA-Leistungen.

Voraussetzung: es muss ein Pflegegrad nach § 15 SGB XI oder eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII vorliegen

BEMA-Nr.:	Leistungsbeschreibung	Punkte
107a	Entfernen harter Zahnbelege, je Kalenderhalbjahr	16
174a	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan, je Kalenderhalbjahr	20
174 b	Mundgesundheitsaufklärung, je Kalenderhalbjahr	26



Bema-Nr. 107a Entfernen harter Zahnbeläge 16 Pkt.

- 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 wurde.

Achtung!

Kein Pflegegrad/keine Eingliederungshilfe:

Es gelten die Bestimmungen nach Bema-Nr. 107 = einmal pro Kalenderjahr.

Bema-Nr. 174a – mit und ohne Kooperationsvertrag

Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan

20 Punkte

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"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> <hr/> Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;"> Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein </div>	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"/> Fluoridgelee (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"/> Rechl. 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 _____ <hr/> 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"/> <hr/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <hr/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____ <hr/> Unterschrift Zahnarzt _____
Zustand Pflege Zähne ☺ ☹ ☹ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch ☺ ☹ ☹ Zahnersatz ☺ ☹ ☹	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnterapie <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

Bema-Nr. 174a

Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan

20 Punkte

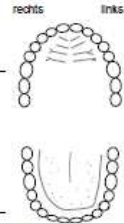
Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustandes

- der Zähne,
- des Zahnfleisches,
- der Mundschleimhaut sowie
- des Zahnersatzes.

Angaben zu empfohlenen Maßnahmen und Mittel:

- Mund- und Prothesenhygiene
- Fluoridanwendung
- zahngesunde Ernährung
- Verhinderung / Linderung von Mundtrockenheit

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	Mundgesundheitsplan	Koordination
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"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein Zustand Pflege Zähne ☺ ☹ ☹ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch ☺ ☹ ☹ Zahnersatz ☺ ☹ ☹	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"/> Fluoridlack (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnwischenschäume 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"/> Spülösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____ Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnentfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechts. 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"/> Anderorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankentransport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

Bema-Nr. 174b - mit und ohne Kooperationsvertrag

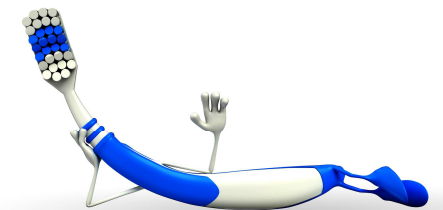
Mundgesundheitsaufklärung

26 Punkte

- je Kalenderhalbjahr nur einmal abrechnungsfähig
- nur im Zusammenhang mit der Bema-Nr. 174a
- IP1, IP2, FU1a - c, FU2 sind am selben Tag nicht abrechnungsfähig

Maßnahmen:

- Aufklärung
- Demonstration und praktische Anleitung/Unterweisung zur Reinigung
- Anregen und Ermutigen des Versicherten sowie das Einbeziehen des Pflege- oder Unterstützungspersonals





Besuchspositionen und Zuschläge

Besuchspositionen – OHNE Kooperationsvertrag

BEMA-Nr.	Erläuterung	Punkte
151	Besuch eines Versicherten <ul style="list-style-type: none"> ▪ einschließlich Ä1 und 01 ▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden 	38
171a	Zuschlag für Besuche nach 151 <ul style="list-style-type: none"> ▪ neben den Zuschlägen nach 161a bis f und 165 abrechnungsfähig 	37
152a	Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft <ul style="list-style-type: none"> ▪ im unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang nach 151 – einschließlich Ä1 und 01 ▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden ▪ nicht neben der 153a oder 153b abrechnungsfähig 	34
152b	Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung <ul style="list-style-type: none"> ▪ im unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang nach 151 – einschließlich Ä1 und 01 ▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden ▪ nicht neben der 153a oder 153b abrechnungsfähig 	26
171b	Zuschlag für Besuche nach 152a und 152b <ul style="list-style-type: none"> ▪ für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach 171a ▪ neben den Zuschlägen nach 162a bis f und 165 abrechnungsfähig 	30

Im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang wurde bei einem anderen Versicherten derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung bereits die BEMA-Nr. 151 abgerechnet.

Besuchspositionen – OHNE Kooperationsvertrag

BEMA Nr.	Erläuterung	Punkte
153a	Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten u. regelmäßiger Tätigkeit <ul style="list-style-type: none"> ▪ einschließlich Ä1 und 01 ▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden ▪ nicht neben 151 oder 152a/152b abrechnungsfähig 	30
173a	Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten nach 153a <ul style="list-style-type: none"> ▪ neben dem Zuschlag nach 165 abrechnungsfähig 	32
153b	Besuch je weiteren Versicherten in einer Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit 153a zu vorher vereinbarten Zeiten u. regelmäßiger Tätigkeit <ul style="list-style-type: none"> ▪ einschließlich Ä1 und 01 ▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden ▪ nicht neben 151 oder 152a/152b abrechnungsfähig ▪ keine Zuschläge nach 161a bis f 	26
173b	Zuschlag für das Aufsuchen nach 153b je weiteren Versicherten, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach 173a <ul style="list-style-type: none"> ▪ neben dem Zuschlag nach 165 abrechnungsfähig 	24

Weitere Leistungen – OHNE Kooperationsvertrag

BEMA-Nr.	Erläuterung	Punkte
181	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden. a) persönlich oder fernmündlich b) im Rahmen eines Telekonsils	14 16
VS	Videosprechstunde (unter Beachtung Anlage 16 BMV-Z)	16
VFK	Videofallkonferenz mit an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen a) bezüglich eines Versicherten b) bezüglich jedes weiteren Versicherten in unmittelbarem Zusammenhang	12 6
TZ	Technikzuschlag für Videosprechstunde, Videofallkonferenz oder Videokonsil ▪ je Praxis bis zu zehnmal im Quartal	16

Zuschläge bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr oder Besuche zu besonderen Zeiten sowie Wegegeld können zusätzlich berechnet werden. Hier müssen unbedingt die Leistungsbestimmungen beachtet werden.

Besuchspositionen – MIT Kooperationsvertrag

BEMA-Nr.	Erläuterung	Punkte
154	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung <ul style="list-style-type: none"> ▪ einschließlich Ä1 und 01 ▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden 	30
172a	Zuschlag für Besuche nach 154 <ul style="list-style-type: none"> ▪ für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung ▪ neben den Zuschlägen nach 161a bis f und 165 abrechnungsfähig 	40
155	Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung <ul style="list-style-type: none"> ▪ im zeitlichen Zusammenhang mit 154 ▪ einschl. Ä1 und 01 ▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden 	26
172b	Zuschlag für Besuche nach 155 <ul style="list-style-type: none"> ▪ für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach 172a ▪ neben den Zuschlägen nach 162a bis f und 165 abrechnungsfähig 	32

Besuchspositionen – MIT Kooperationsvertrag

BEMA-Nr.	Erläuterung	Punkte
182 a/b	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden. a) persönlich oder fernmündlich b) im Rahmen eines Telekonsils	14 16

Zuschläge bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr oder Besuche zu besonderen Zeiten sowie Wegegeld können zusätzlich berechnet werden. Hier müssen unbedingt die Leistungsbestimmungen beachtet werden.

Wegegeld

Wegegeld und Reiseentschädigung



Für Entfernungen bis zu 25 Kilometer wird ein Wegegeld berechnet: Dabei handelt es sich um den Radius (in Kilometern) von der Praxis bzw. vom Startpunkt der Fahrt bis zum Zielort. Entscheidend sind nicht die tatsächlich gefahrenen Kilometer wie bei der Reiseentschädigung.

Abrechnung:

1. bis zu zwei Kilometern: 4,30 Euro (Abr.-Nr. 7810), bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro (Abr.-Nr. 7811),
2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern: 8,00 Euro (Abr.-Nr. 7820), bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 12,30 Euro (Abr.-Nr. 7821),
3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern: 12,30 Euro (Abr.-Nr. 7830), bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 18,40 Euro (Abr.-Nr. 7831),
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern: 18,40 Euro (Abr.-Nr. 7840), bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 30,70 Euro (Abr.-Nr. 7841).

Bei Besuchen über eine Entfernung von **mehr als 25 Kilometern** zwischen Praxis und Zielort tritt an die Stelle des Wegegeldes eine **Reiseentschädigung**. Im Gegensatz zum Wegegeld zählen hier die tatsächlich gefahrenen Kilometer.

Bei mehreren Patienten wird im Bemerkungsfeld neben dem Wegegeld ein Divisor eingetragen:

Datum	Zahn	Leistung	Bemerkungen
TT	MM		
13	11	105 Mu	
		153a Bs3a	
		173a ZBs3a	
		7810	12

Leistungen werden im HVM nicht berücksichtigt:

Neue HVM-Rechner 2025

+++ Jetzt neu auch für MKG-/Oralchirurgie und KFO +++

Die HVM-Rechner zeigen Ihnen die noch offenen Punktevolumen bzw. die zu erwartende HVM-Kürzung im Quartal an. Führen Sie selbst eine Modellberechnung durch:

Sie benötigen hierzu die Anzahl Ihrer KCH-Fälle (nur Wohnort-Berlin-Versicherte – ohne Fremdfälle und Sonstige Kostenträger), die Gesamtpunktmenge aus KCH, PAR* und KBR (ohne IP u. FU, ohne BEMA-Pos. 174a/b, ohne BEMA-Pos.: 107a, 151, 152a/b, 153a/b, 154, 155, 161a-f, 162a-f, 165, 171a/b, 172a/b, 173a/b, 182a/b) und den Praxisfaktor. Tragen Sie alle Daten in die Berechnungsmatrix ein.

Webcode: **W00156**

Aufsuchende Versorgung – Informationen

BEMA-Nr.	Name	Punkte	Berechnung
174a (PBa)	Erhebung eines Mundhygienestatus, individueller Mundgesundheitsplan	20	einmal je Kalenderhalbjahr
174b (PBb)	Mundgesundheitsaufklärung	26	einmal je Kalenderhalbjahr
107a (PBZst)	Entfernung harter Zahnbeläge	16	einmal je Kalenderhalbjahr

BEMA-Kurzübersichten*

[Versorgung von Pflegebedürftigen ohne Kooperationsvertrag](#)

[Versorgung von Pflegebedürftigen mit Kooperationsvertrag](#)

* inklusive der Änderungen seit 01.07.2018 und der seit 01.10.2020 abrechenbaren Videosprechstunden

[Entfernung harter Zahnbeläge \(BEMA Geb.-Nr. 107a und 107\)](#)

[Kooperationsvertrag](#)

[Mundhygiene und Pflegeampel](#)

[Patientenbegleitschreiben \(ohne Kooperationsvertrag\)](#)

[Wegegeld und Reiseentschädigung](#)

VERSORGUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN
OHNE KOOPERATIONSVERTRAG – BEMA TEIL 1
NEUERUNGEN SEIT 01.10.2020



BEMA-Nr.	Erläuterung	Punkte
151 Bs1	Besuch eines Versicherten <ul style="list-style-type: none"> einschließlich A1 und O1 zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden 	38
171a PBA1a	Zuschlag für Besuche nach 151 <ul style="list-style-type: none"> neben den Zuschlägen nach 161a bis f und 165 abrechnungsfähig 	37
152a Bs2a	Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft <ul style="list-style-type: none"> im unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang nach 151 – einschließlich A1 und O1 zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden nicht neben der 153a oder 153b abrechnungsfähig 	34
152b Bs2b	Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung <ul style="list-style-type: none"> im unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang nach 151 – einschließlich A1 und O1 zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden nicht neben der 153a oder 153b abrechnungsfähig 	26
171b PBA1b	Zuschlag für Besuche nach 152a und 152b <ul style="list-style-type: none"> für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach 171a neben den Zuschlägen nach 162a bis f und 165 abrechnungsfähig 	30
153a Bs3a	Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten u. regelmäßiger Tätigkeit <ul style="list-style-type: none"> einschließlich A1 und O1 zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden nicht neben 151 oder 152a/152b abrechnungsfähig keine Zuschläge nach 161a bis f 	30
173a ZBs3a	Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten nach 153a <ul style="list-style-type: none"> neben dem Zuschlag nach 165 abrechnungsfähig 	32
153b Bs3b	Besuch je weiteren Versicherten in einer Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit 153a zu vorher vereinbarten Zeiten u. regelmäßiger Tätigkeit <ul style="list-style-type: none"> einschließlich A1 und O1 	26

Pflegegrad zugeordnet sind oder vom Zahnarzt in einer stationären s kommen können. Der Zuschlag nach 174a, 174b und 107a ist nur möglich, wenn der Versicherte einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhält.

174a PBa	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan <ul style="list-style-type: none"> die Beurteilung des Pflegezustandes der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut, des Zahnersatzes Dokumentation anhand des Vordrucks gem. § 8 der Rili G-BA § 22a SGB V je Kalenderhalbjahr einmal abrechenbar am selben Tag nicht neben IP1, IP2 und FU 	20
174b PBb	Mundgesundheitsaufklärung <ul style="list-style-type: none"> Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplanes Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne oder ZE und Mundschleimhäute Erläuterung des Nutzens der Maßnahmen Anregen und Ermutigen die empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in 	26

Downloads

- Mundgesundheitsplan**
Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen
- Mundpflegeplan**
Pflegeampel
- Pflegebedürftige und Behinderte**
Abrechnungsvoraussetzungen BEMA-Nrn. 107a, 174a, 174b, 171a und 171b (Hausbesuch)
- Pflegebedürftige und Behinderte**
Bewertungsausschuss am 19.10.2017 nach § 22a SGB V
- Pflegebedürftige in Einrichtungen**
Rahmenvereinbarung

Webcode: **W00220**

Fehlerquellen bei der Abrechnung

- Die IK-Nummer der Pflegeeinrichtung wird nicht in den Patientenstammdaten erfasst
- Berechnung der Zuschläge nach 171a/b, 172a/b, 173a/b, 174 a/b werden nicht abgerechnet
- Berechnung des Wegegeldes
- Abrechnung von falschen Besuchspositionen bei Vorliegen eines Kooperationsvertrages
- falscher Ansatz der Bema-Nr. 107 neben 107a

Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V – außerhalb der systematischen PAR-Behandlung

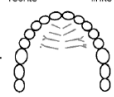

Mundgesundheitsplan – BEMA-Nr. 174a und 174b

174 a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan 20 Pkt.

174 b) Mundgesundheitsaufklärung 26 Pkt.

Bundemantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

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

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	Mundgesundheitsplan	Koordination
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"/> Beläge links <input type="checkbox"/> Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein  Zustand Pflege Zähne ☺ ☹ ☹ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch ☺ ☹ ☹ Zahnersatz ☺ ☹ ☹	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"/> Spülösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____ Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnerfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	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"/> Andersorts _____ <input type="checkbox"/> 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 _____

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

Originalgröße: DIN A4 quer

eFormular 5e – Anzeige einer Behandlung nach § 22a SGB V über EBZ

Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V, Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie

Muster

Vorname(n) bzw. Nachname(n): _____
 Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____
 Kassennummer: _____ Versicherungs-Nr.: _____ Status: _____
 Abrechnungsjahr: _____ Zahnarzt-Nr.: _____ Datum: _____

Begründung

Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene
 Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
 Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen
 Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl
4	-----	
AIT a		
AIT b		
CPT a		
CPT b		

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes: _____

Antragsnummer: _____
 Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan: _____
 Bearbeitungskennzeichen: _____
 Art des Behandlungsplans: _____
 Abkürzungen PVB: _____ logische Version: _____

Voraussetzung:

- Pflegegrad nach § 15 SGB XI oder
- Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX und ...

Begründung

- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene
- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
- Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen
- Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

Hierdurch wird die PAR-Behandlung außerhalb der systematischer PAR-Behandlung für vulnerable Patientengruppen nun möglich.

Anamnese, Befund und Diagnose

- Erhebung von Anamnese, Befund und Diagnose nach § 3 PAR-Richtlinie (Blatt1), sofern dies aufgrund der individuellen Situation der Versicherten möglich ist.
- PAR-Rili, § 3 (6): Mundgesundheitsplan **soll in die Planung der Therapie einbezogen** werden.
- Messung der Sondierungstiefen an **mindestens 2 Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal)** in Millimetern.
- Bei Sondierungstiefen ≥ 4 mm mittels AIT, bei Sondierungstiefen ≥ 6 mm kann auch zeitgleich mittels CPT. Entscheidung trifft Behandler nach Erörterung mit Patient oder Bezugsperson.
- BEMA-Nr. 4 kann abgerechnet werden.

AIT – Antiinfektiöse Therapie

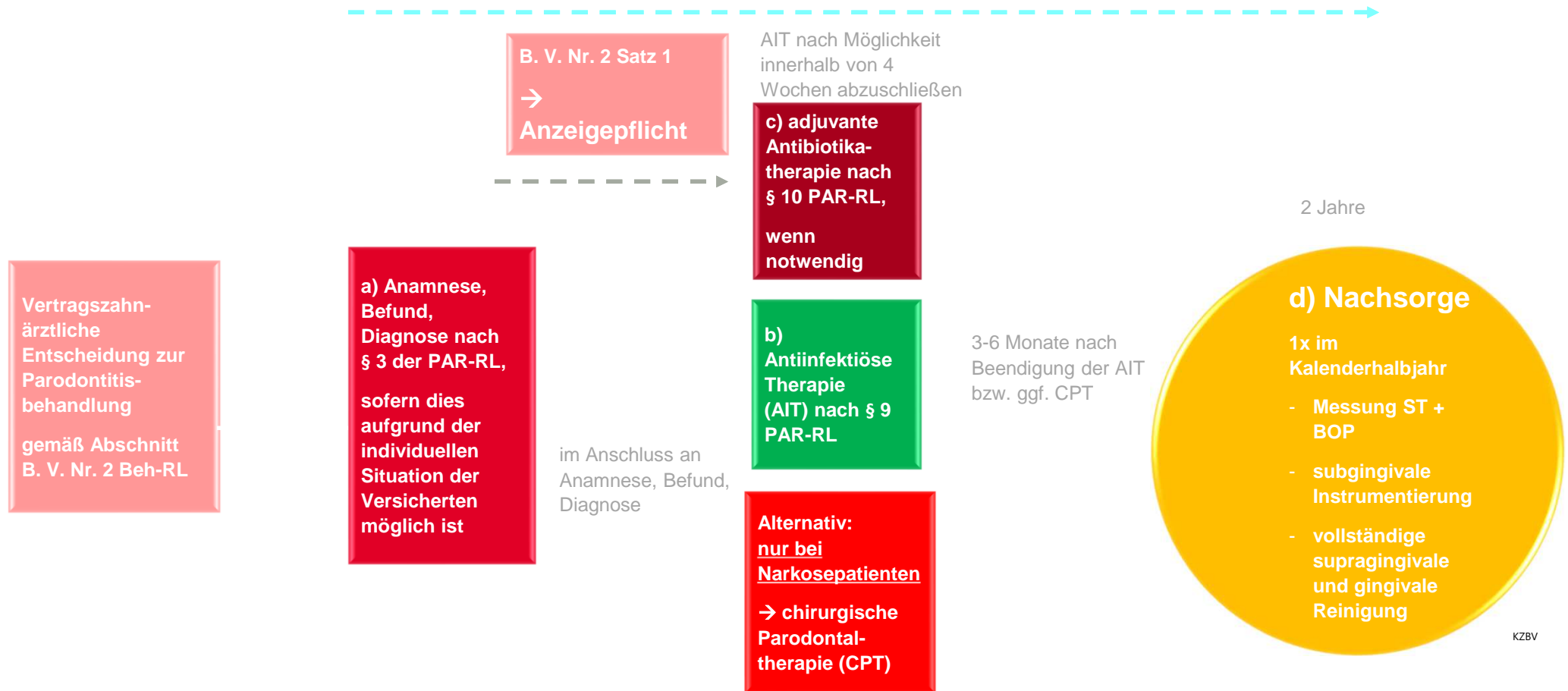
- Die AIT sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden.
- Unterstützt werden kann die Behandlung durch eine adjuvante systemische Antibiotikatherapie.

CPT – Chirurgische Parodontitis Therapie

- Bei **Sondierungstiefen von ≥ 6 mm** kann als Alternative zur AIT, die CPT erfolgen. Die zeitgleiche Durchführung der AIT neben der CPT, ist nur bei Versicherten die unter **Allgemeinnarkose** (Vollnarkose) behandelt werden möglich. **Bedeutet aber nicht, dass AIT und CPT zeitgleich am selben Zahn durchgeführt werden dürfen.**
- Ob eine chirurgische Therapie sinnvoll ist, wird anhand Anamnese, Befund und Diagnose sowie nach gemeinsamer Erörterung mit Patienten (oder der Bezugsperson) entschieden.

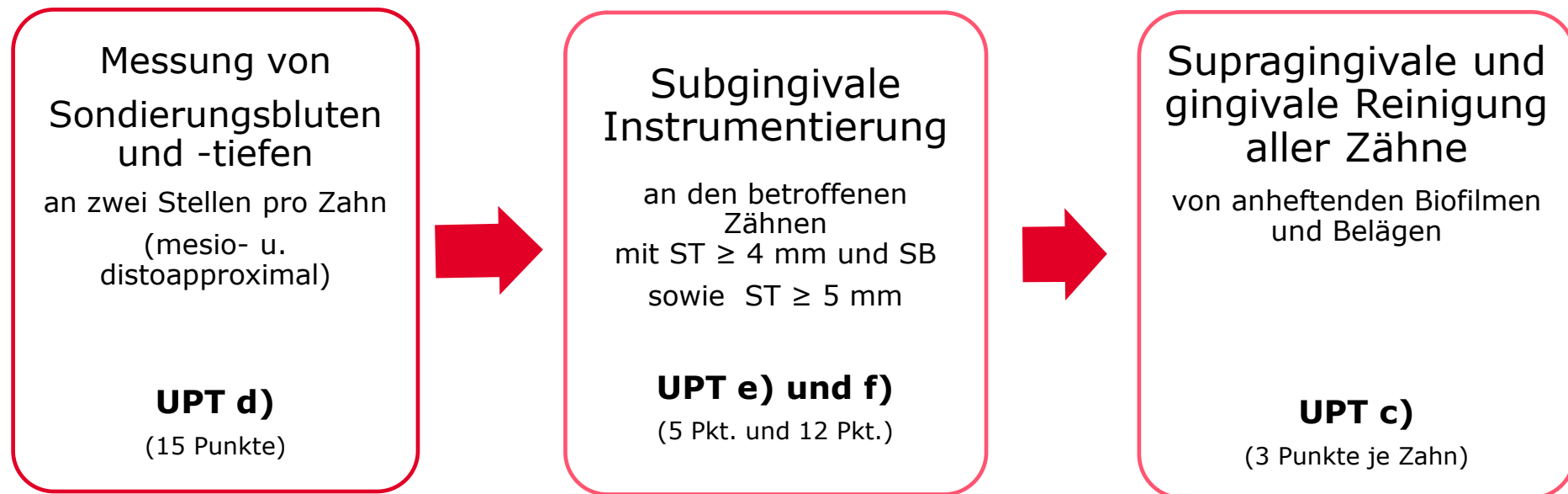
Versorgungsstrecke bei Versicherten nach § 22a SGBV seit 1. Juli 2021

im zeitlichen Zusammenhang
Leistungen aus der Richtlinie nach § 22a SGB
V



Nachsorge – für die Dauer von zwei Jahren

- 3-6 Monate nach AIT/CPT
- einmal je Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von 5 Monaten



Kennzeichnung PAR-Abr. – Fall unberücksichtigt im HVM

Im HVM unberücksichtigt bleiben folgende PAR-Fälle:

Fälle nach § 22a SGB V mit Leistungen der systematischen PAR-Therapie für Patienten mit Pflegegrad oder Eingliederungshilfe und Fälle für Behandlungen außerhalb der systematischen PAR-Rili (vulnerable Gruppen).

Bitte beachten Sie, dass dafür ab sofort die notwendige Kennzeichnung mit „P“, „E“ oder „S“ in ein eigenes Feld „Kennzeichen Par. 22a“ einzutragen ist.

Sofern in diesem Feld bei der Behandlung von Versicherten gemäß § 22a SGB V eine der folgenden Angaben erfolgt ist, bleiben diese PAR-Fälle im HVM unberücksichtigt.:

- "P" für Pflegegrad nach § 15 SGB XI
- "E" für Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX
- "S" für Behandlung außerhalb der systematischen PAR-Rili (verkürzte Behandlungsstrecke)

Die PVS-Hersteller haben im PAR-Abrechnungsmodul auf Fallebene das Feld: „Kennzeichen Par. 22a“ zur Verfügung gestellt.

In diesem Feld erfolgt die Angaben „P“, „E“ oder „S“.

Webcode: **W00156**



Kennzeichnung E, P, V (S)

Leistungserfassung: Test, Willi *01.01.1989 (10058 |200) Techniker Krk. >Berlin \ Patientenstamm: Test, Willi *01.01.1989 (10058/200) Techniker Krk. >Berlin

10058

Beenden Speichern Neu Kopie Rückgängig Löschen Suchen Historie MEV/Schein Vers. verh. Brief Raten Archiv Termine QM eSERVICES lie-Anbindung KIM Abr.-regeln Status Dokumente Konfiguration Drucken Hilfe

persönliche Daten

Nachname: *
Test

Vorname: *
Willi

Titel: Namenszusatz:

Geburtsdatum: 01.01.1989 Geburtsort: HH Alter: 36 Jahre

Weiblich Männlich Divers Unbekannt Unbestimmt

Anrede: Herr Anredezeile: Sehr geehrter Herr

Straße: David Gilly Str. 1

Anschriftenzusatz:

Land: D PLZ: 14469 Ort: Potsdam

Mobiltelefon:

Rechenzentren / Einwilligungen

Einwilligungen eAU

Patienteninfos

Risikoanamnese: TEST - Keine reale Person! Anamnese:

Selektionskennung: Benachrichtigung: Brief

Beruf: Arbeitgeber

überweisender Arzt weiterbehandelnder Arzt Hausarzt empfohlen durch Kontaktperson

Pflegegrad: 1 - Geringe Beeinträchtigung

Fallbesonderheit: 1 - Geringe Beeinträchtigung

Individuelles

Stammbehandler: 200 - Is (Lo Sc e - Eingliederungshilfe (gemäß EinglVO)

ZE Zuschuss: 60 GOZ-Faktor: KFO Zuschuss:

Bonusheft Laborvorgabe Bankverbindung Rechnungempf. Korrespondenz

Standardzahlungsziel abweichend

INFO Recall ePA CAVE VIP

Eintritt am: 21.09.2015 in Filiale: Filiale 1 verstorben/deaktiviert:

letzte ...

Eintragung: 06.01.2025

01/Ä6:

Patientenbefragung:

Modell-Nummer:

Versicherungsdaten

Art: Krankenschein nicht vorhanden

Kasse: Techniker Krk. >Berlin Kürzel: tkkw Kassen-Nr.: 9577507

gültig ab: 01.01.2025 gültig bis: Kassenanschrift

Versicherten-Nr.: 123456789 Status: 10007 Wohnortkennzeichen:

Anspruchsnachweis: freiwillig vers. behindert

gebührenbefreit bis: nein Kostenerstattung: nein

Kennzeichnung in der Abrechnung

Name der Kasse: AOK Nordost **KZV:** 0 W

Parodontalstatus
 Vulnerabel: **V** (highlighted in green)
 Des. Personengruppe (F6): 1
 Mfr: 5 R EGKO: (-) 9 24 (F3) Vwk: 0

Geplant | **Anzahl**

Geplant	Anzahl
4	
ATG	
MHU	
AITa	
AITb	
BEVa	
UPT	

Therapieergänzung
 Progressionsgrad **B**
 Behandlung vom **18.07.24**
 Genehmigt am ..
 Gutachterlich befürwortet
 am ..
 Fertig geprüft.

Datum	Jahr	Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Summe
18 07	24	4	1	44	44
10 09	24	AITa	6	14	84
		AITb	1	26	26
12 09	24	AITa	9	14	126
		AITb	2	26	52
19 09	24	111	1	10	10

Letzte AIT **12.09.24**
 Letzte CPT ..
 Beginn UPT ..

Verlängert ..
 Genehmigt ..
 Monate **0**

KNB-Punktwert **12660** Punktwert **12387** x Summe **342**
 sonstige Beträge **0**
 Korrektur **0** Gesamtbetrag **€ 43297** (highlighted in green)

Bemerkung
 Pat hat Behindertengrad, PA nach ZE wegen häuslicher Muhy, massiveGingivitis OK

Name der Kasse: Techniker Krk. >Berli: **KZV:** 53 W

Parodontalstatus
 Vulnerabel: **P** (highlighted in pink) oder "E"
 Des. Personengruppe (F6): 1
 Mfr: 1 M EGKO: (-) 10 24 (F3) Vwk: 0

Geplant | **Anzahl**

Geplant	Anzahl
4	
ATG	
MHU	
AITa	
AITb	
BEVa	
UPT	

Therapieergänzung
 Progressionsgrad **B**
 Behandlung vom **30.05.24**
 Genehmigt am **06.06.24**
 Gutachterlich befürwortet
 am ..
 Fertig geprüft.

Datum	Jahr	Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Summe
15 10	24	BEVa	1	32	32
		UPTa	1	18	18
		UPTb	1	24	24
		UPTc	28	3	84
		UPTe	14	5	70
		UPTf	9	12	108

Letzte AIT **19.06.24**
 Letzte CPT ..
 Beginn UPT **15.10.24**

Verlängert ..
 Genehmigt ..
 Monate **0**

KNB-Punktwert **12248** Punktwert **12248** Summe **336**
 sonstige Beträge **0**
 Korrektur **0** Gesamtbetrag **€ 41153** (highlighted in green)

Bemerkung

Ersatzverfahren – Anlage 10 BMV-Z

Bundemantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

§ 6

Ersatzverfahren aus technischen Gründen

- (1) Kann die vorgelegte elektronische Gesundheitskarte aus technischen Gründen nicht eingelesen werden, kommt ein Ersatzverfahren zur Anwendung.
- (2) Technische Gründe im Sinne des Abs. 1 liegen vor, wenn
 - (a) die vorgelegte elektronische Gesundheitskarte nicht eingelesen werden kann, weil zum Beispiel die elektronische Gesundheitskarte, das stationäre oder mobile Kartenterminal oder andere technische Komponenten, die im Einlesevorgang der elektronischen Gesundheitskarte Verwendung finden, funktional nicht nutzbar sind oder
 - (b) für die aufsuchende Versorgung kein mobiles Kartenterminal zur Verfügung steht.
- (3) Ein Ersatzverfahren kommt nicht zur Anwendung, wenn im Rahmen der Online-Prüfung der elektronischen Gesundheitskarte festgestellt wird, dass die elektronische Gesundheitskarte ungültig bzw. gesperrt ist und damit kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt.

§ 7

Ersatzverfahren bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises

¹Ein Ersatzverfahren kommt auch zur Anwendung bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises, den die Krankenkasse anstelle der elektronischen Gesundheitskarte im Einzelfall gemäß § 4 Abs. 2 ausgegeben hat. ²In diesem Fall sind die unter Ziffer 3 des Anhangs aufgeführten Daten zu erheben und bei der Abrechnung und der Ausstellung von Vordrucken anzugeben.

³Legt der Versicherte im weiteren Verlauf des Quartals eine gültige elektronische Gesundheitskarte vor und kann diese eingelesen werden, ist die Abrechnung auf der Basis von deren Daten vorzunehmen.

§ 8

Ersatzverfahren in Sonderfällen

¹Ein Ersatzverfahren kommt ebenfalls zur Anwendung, wenn kein direkter Zahnarzt-Patientenkontakt (z. B. bei telefonischer Konsultation, telemedizinischem Zahnarzt-Patientenkontakt, beim Konsil) zustande kommt und die Versichertenstammdaten aus den vorhandenen Patientenstammdaten des Zahnarztes übernommen werden können. ²Dieses Ersatzverfahren ist nur zulässig, wenn im Vorquartal ein gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt worden ist.

Kooperationsvertrag

- Der Kooperationszahnarzt hat den Vertragsschluss unter Angabe der Vertragspartner gegenüber der KZV Berlin anzuzeigen.
- Dazu: Formular „Bestätigungsschreiben“ ausfüllen und den Kooperationsvertrag in Kopie beizufügen und an die KZV Berlin, Abteilung Vertragswesen zusenden.
- Danach sendet die KZV Berlin dem Kooperationszahnarzt einen Genehmigungsbescheid zu. Darin wird rechtsverbindlich festgestellt, dass dieser zur Abrechnung der Leistungen gemäß § 87 Abs. 2j SGB V berechtigt ist. Erst jetzt darf eine Abrechnung gegenüber der KZV Berlin erfolgen.
- Über die Anzahl der vom kooperierenden Vertragszahnarzt betreuten Versicherten ist gegenüber der KZV Berlin auch jährlich mittels Berichtsbogen Bericht zu erstatten.
- Wichtig: Änderungen oder auch Kündigungen sind gegenüber der KZV anzuzeigen.

Kooperationsvertrag – Information

Kooperationsvertrag

Dieses **Gestaltungsbeispiel** für einen Kooperationsvertrag (Stand: Juni 2022) ist zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband abgestimmt. Es beruht also nicht auf Empfehlungen der KZV Berlin, so dass für Güte und rechtlichen Bestand keine Gewähr übernommen werden kann. Das Gestaltungsbeispiel orientiert sich eng am Wortlaut der Rahmenvereinbarung und kann naturgemäß nur die Mindestanforderungen wiedergeben, genügt damit aber den Voraussetzungen der §§ 87 Abs. 2j und 119b Abs. 2 SGB V. Darüber hinausgehende fakultative Regelungsinhalte müssen zwischen den vertragschließenden Parteien, dem Kooperationszahnarzt und der stationären Pflegeeinrichtung abgestimmt werden.

Der Kooperationszahnarzt hat den Vertragsschluss unter Angabe der Vertragspartner gegenüber der KZV Berlin anzuzeigen. Hierzu benutzen Sie bitte das Formular **„Bestätigungsschreiben“**. Der Kooperationsvertrag ist diesem Bestätigungsschreiben in Kopie beizufügen.

Nach Anzeige des Vertragsschlusses mittels Bestätigungsschreiben stellt die KZV Berlin gegenüber dem Vertragszahnarzt rechtsverbindlich fest, dass dieser zur Abrechnung der Leistungen gemäß § 87 Abs. 2j SGB V berechtigt ist. Erst nach dieser Feststellung kann der Vertragszahnarzt sachlich richtig gegenüber der KZV Berlin abrechnen.

Über die Anzahl der vom kooperierenden Vertragszahnarzt betreuten Versicherten ist gegenüber der KZV Berlin auch jährlich mittels **Berichtsbogen (Anlage 1)** Bericht zu erstatten.

Vertrag

zur kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen i.S.d. §§ 119b Abs. 1, 87 Abs. 2j SGB V (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. 2j 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 Pflegebedürftigen sowie eine enge Kooperation zwischen den Vertragspartnern.

Die regelmäßige Betreuung und alle in der Vereinbarung vorgesehenen zahnärztlichen und pflegerischen Maßnahmen werden nur durchgehend von dem Zahnarzt oder seinem gesetzlichen Vertreter dem zustimmt. Das Recht auf die Pflege bleibt unberührt.

§ 1 Qualitäts- und Versorgungsziele

Ziel des vorliegenden Kooperationsvertrags ist die Sicherstellung einer besonderen zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten bei vertragszahnärztlicher Versorgung in Kooperation mit der stationären Pflegeeinrichtung. Die Vertragsparteien verfolgen gemeinsam das Ziel, die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen und die Qualität der Versorgung zu stärken. Die insoweit zu verfolgenden Qualitäts- und Versorgungsziele sind:

- Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich der Prothesenhygienestandards und damit verbesserter mundgesundheitsbezogener Lebensqualität (unter anderem Schlucken, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe)
- Vermeiden, frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich
- Regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen

BESTÄTIGUNGSSCHREIBEN ÜBER DEN
KOOPERATIONSVERTRAG NACH § 119b ABS. 1 SGB V

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

KZV Berlin
Abt. Vertragswesen
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Name des Vertragszahnarztes oder ggf. Name der BAG/ÜBAG/KÜBAG _____

Name der stationären Pflegeeinrichtung _____

Adresse der stationären Pflegeeinrichtung _____

Institutionskennzeichen der stationären Pflegeeinrichtung (neustellig) _____

Kooperationsdauer vom _____ bis (ggf.) zum _____

Der Kooperationsvertrag ist diesem Bestätigungsschreiben in Kopie beizufügen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass der Vertragsschluss in Kenntnis der Abs. 2 SGB V über die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen, kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung vorliegt. Anlagen und deren Geltung geschlossen worden ist.

Ort, Datum _____ Unterschrift der Vertragszahnärztin/des Vertragszahnarztes _____

Dieses Formular finden Sie auch auf unserer Internetseite unter www.kzv-berlin.de

Interne Verarbeitungsmerkmale der KZV Berlin:
Eingangsdatum: _____ KZV-Regierungs-Akt.: _____

RAHMENVEREINBARUNG
KOOPERATIVE UND KOORDINIERT
ZAHNÄRZTLICHE UND PFLEGERISCHE VERSORGUNG VON
STATIONÄR PFLEGEBEDÜRFTIGEN

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

KZV Berlin
Abt. Vertragswesen
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

vertragswesen@kvz-berlin.de
Fax: 030 89004-46136

KZV-Abrechnungsnummer _____

Anlage 1: Berichtsbogen (Vertragszahnärzte an KZV):
Koordinations- und Kooperationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b Abs. 1 SGB V

Name und Adresse der Pflegeeinrichtung _____

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

Ort, Datum _____ Unterschrift Kooperationszahnärztin/Kooperationszahnarzt _____

Webcode: **W00220**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



© pixdesign123 - Fotolia.com