

Bewertungsausschuss
für die zahnärztlichen Leistungen

Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen fasst u. a. in Umsetzung des gesetzlichen Auftrags gem. § 87 Abs. 1 Satz 14 SGB V zur Einführung einer Leistung zur Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte nach § 346 Abs. 3 (ePA) SGB V im schriftlichen Umlaufverfahren folgenden

Beschluss:

I. In Teil 1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V (BEMA) nach der Gebühren-Nr. NFD wird folgende Gebührennummer aufgenommen:

ePA1	Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte	4
1.	Die Leistung nach Nr. ePA1 umfasst <ul style="list-style-type: none">- die Erfassung, Verarbeitung oder Speicherung von versorgungsrelevanten zahnmedizinischen Informationen oder Angaben zum Bonusheft aus der aktuellen Behandlung des Versicherten für eine erstmalige einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation in der elektronischen Patientenakte (Daten nach § 341 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGB V) auf Verlangen des Versicherten,- die Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,- die Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten,- die Einholung der Einwilligung des Versicherten in den Zugriff auf Daten in dessen elektronischer Patientenakte.	
2.	Die Leistung nach Nr. ePA1 ist einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifend nur einmal je Versicherten und elektronischer Patientenakte abrechenbar.	
3.	Die Leistung nach Nr. ePA1 ist nicht neben der Leistung nach Nr. ePA2 abrechenbar.	

II. Änderungen in Gebühren-Nr. ePA2 (Aktualisierung einer elektronischen Patientenakte)

1. In Ziffer 1 wird der vierte Spiegelstrich wie folgt gefasst:

„- die Einholung der Einwilligung des Versicherten in den Zugriff auf Daten in dessen elektronischer Patientenakte.“

2. Ziffer 3 der Gebühren-Nr. ePA2 wird wie folgt gefasst:

„Die Leistung nach Nr. ePA2 ist nicht neben der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte nach Nr. ePA1 abrechenbar.“

III. Ziffer 5 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA wird wie folgt gefasst:

5. In den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten sind die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten sowie die Kosten der Röntgendiagnostik. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind
- die Kosten für Arzneimittel und Materialien,
 - die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Versicherte zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind,
 - die zahntechnischen Laborkosten (soweit nicht etwas anderes bestimmt ist),
 - die Versand- und Portokosten und
 - die Auslagen, die bei Versendung von Gewebeproben/Zellmaterial zur histologischen/zytologischen Untersuchung entstehen.

IV. Der BEMA-Nr. 57 wird folgende Protokollnotiz beigefügt:

Protokollnotiz:

Leistungen nach Nr. 57 sind im Rahmen einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen neben Leistungen nach den Nrn. AIT, CPT abrechenbar, wenn sie als zusätzliche ortsgetrennte präprothetisch-chirurgische Eingriffe erforderlich sind.

V. Der BEMA-Nr. 59 wird folgende Protokollnotiz beigefügt:

Protokollnotiz:

Leistungen nach Nr. 59 sind im Rahmen einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen neben Leistungen nach den Nrn. AIT, CPT abrechenbar, wenn sie als zusätzliche ortsgetrennte präprothetisch-chirurgische Eingriffe erforderlich sind.

VI. Änderung der BEMA-Nr. 27 Pulp

In BEMA-Nr. 27 wird die Angabe „Nr. 13 a bis g“ durch die Angabe „Nr. 13 a bis h“ ersetzt.

VII. Änderung der BEMA-Nr. Ä1

In BEMA-Nr. Ä1 Ziffer 7 wird die Angabe „voraufgegangener“ durch „vorausgegangener“ ersetzt.

VIII. Redaktionelle Anpassungen in Ziffer 1 der Allgemeinen Bestimmungen sowie in den BEMA-Nrn. 19, 20, 24, 97a, 97b, 98b, 98c, 98d und 100

In den Allgemeinen Bestimmungen Ziffer 1 sowie in den BEMA-Nrn. 19 Ziffer 4, 20 Ziffer 2, 24 Ziffer 2, 97a, 97b, 98b Ziffer 2, 98c Ziffer 2, 98d Ziffer 3, 100 Ziffer 4 wird die Angabe „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Angabe „Gemeinsamer Bundesausschuss“ ersetzt.

IX. Redaktionelle Anpassungen in den BEMA-Nrn. 19, 20, 24, 97a, 97b, 98b, 98c, 98d und 100

In den BEMA-Nrn. 19 Ziffer 4, 20 Ziffer 2, 24 Ziffer 2, 97a, 97b, 98b Ziffer 2, 98c Ziffer 2, 98d Ziffern 1, 3 und 100 Ziffer 4 wird die Angabe „gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V“ gestrichen. In der BEMA-Nr. 20 Ziffer 2 wird die Angabe „gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V analog“ gestrichen.

X. Redaktionelle Anpassungen in den BEMA-Nrn. 107a, 171, 173, und 174

In den BEMA-Nrn. 107a, 171, 173 und 174 wird jeweils die Angabe „§ 53 SGB XII“ durch die Angabe „§ 99 SGB IX“ ersetzt.

XI. Inkrafttreten

Die Ziffern I und II treten mit Wirkung ab dem 01.01.2023, die Ziffern III bis X treten mit Wirkung ab dem 01.07.2022 in Kraft.

Begründung

Zu I.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband verständigen sich im Bewertungsausschuss über die Aufnahme der in dem vorliegenden Beschluss enthaltenen vertragszahnärztlichen Leistung zur Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte (ePA1) in Teil 1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) hinter der Leistung nach Nr. NFD.

Die Leistung zur Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte hat ihre rechtliche Grundlage in § 87 Abs. 1 S. 14 SGB V, wonach im BEMA vorzusehen ist, dass Leistungen nach § 346 Abs. 3 SGB V zur Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden.

Die Unterstützungsleistung umfasst die erstmalige Übermittlung von zahnmedizinischen Daten in die elektronische Patientenakte und soll ausschließlich auf zahnmedizinische Daten aus der konkreten aktuellen Behandlung beschränkt sein. Nach § 347 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf die Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte. Die Vertragszahnärzte haben die Versicherten über diesen Anspruch zu informieren. Welche Daten im Einzelfall in die elektronische Patientenakte eingestellt werden können, wird durch § 341 Abs. 2 SGB V vorgegeben. Nach § 353 SGB V benötigen die Leistungserbringer die Einwilligung des Versicherten in den Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte.

Mit der Aufnahme der Leistung BEMA-Nr. ePA1 werden diese gesetzlichen Vorgaben umgesetzt. Danach umfasst die Leistung die Erfassung, Verarbeitung und Speicherung von versorgungsrelevanten zahnmedizinischen Informationen (§ 341 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) oder Angaben zum Bonusheft (§ 341 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) aus der aktuellen Behandlung des Versicherten für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation in der elektronischen Patientenakte. Die Angaben müssen dabei aus der aktuellen Behandlung resultieren. Nacherfassungen vorausgegangener Behandlungen gehören nicht zum Leistungsumfang. Wesentlich ist, dass eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation in der elektronischen Patientenakte erfolgt. Dies bedeutet, dass die Einträge auf sinnvolle Versorgungseinträge zu reduzieren sind, damit sie behandlungsübergreifend genutzt werden können. Die Leistung umfasst einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifend betrachtet die erstmalige Dokumentation in der elektronischen Patientenakte. Bei Angaben zum Bonusheft ist das Datum der Untersuchung nach § 55 Abs. 1 Satz

4 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB V einzutragen. Sind im Papier-Bonusheft Einträge vorhanden, ist zusätzlich das Datum einzutragen, seitdem eine lückenlose Dokumentation nachweislich vorliegt.

Vor einem Eintrag hat der Vertragszahnarzt zu prüfen, ob es Gründe gibt, die gegen eine Eintragung sprechen. Das kann insbesondere der Fall sein, wenn hierdurch das therapeutische Ziel gefährdet würde oder Rechte Dritter dem Eintrag entgegenstehen.

Weiterer Bestandteil des Leistungsinhalts der Leistung nach Nr. ePA1 ist die Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten. Metadaten sind strukturierte Daten, die Informationen über Merkmale anderer Daten enthalten. Durch Metadaten wird die Informationsressource mit zusätzlichen Daten beschrieben, um sie maschinell und automatisiert verarbeiten zu können. Typische Metadaten sind in diesem Zusammenhang der Autor des Dokumentes (z. B. der Zahnarzt), die Dokumentenklassifizierung (z. B. Bilddatei, Worddokument), das Erstellungsdatum oder der Titel des Dokuments.

Vor der Erstbefüllung der ePA werden der Aktenanbieter bestimmt, das Aktenkonto aktiviert und die Zugriffsberechtigungen eingeholt. Dies erfolgt entweder über die Nutzung des Praxisverwaltungssystems in der Zahnarztpraxis oder durch technische Zugriffsfreigabe über die Benutzeroberfläche eines Endgeräts des Versicherten (Smartphone oder Tablet).

Die Leistung nach Nr. ePA1 ist höchstens einmal je Versicherten und elektronischer Patientenakte abrechenbar, auch wenn erstmalig mehrere Sachverhalte in die elektronische Patientenakte übertragen werden. Der Vertragszahnarzt hat bei einem Eintrag abzuwägen, ob dieser im Sinne einer einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifenden Dokumentation von Relevanz ist. Nicht jedes Datum einer durchgeführten Untersuchung oder Behandlung erfüllt diese Kriterien. Insofern sollte eine vollständige Kopie der zahnärztlichen Patientenakte in die elektronische Patientenakte des Versicherten unterbleiben.

Eine Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte liegt dann vor, wenn in die elektronische Patientenakte zuvor noch keine Daten durch einen Leistungserbringer im Sinne von § 346 Abs. 3 SGB V aufgenommen worden sind. Dazu gehören Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern tätig sind. Dies bedeutet, dass eine für den jeweiligen Zahnarzt erstmalige Dokumentation versorgungsrelevanter zahnmedizinischer Informationen in einer elektronischen Patientenakte, die schon eine Dokumentation eines anderen Leistungserbringers enthält, demnach keine Erstbefüllung im Sinne einer Leistung nach Nr. ePA1 darstellt.

Die Leistung nach Nr. ePA1 wird mit 4 Punkten bewertet.

In der gesetzgeberisch festgesetzten Vergütungshöhe für das Jahr 2021 ist neben dem Aufwand im Zusammenhang mit der erstmaligen Befüllung einer elektronischen Patientenakte auch ein Anteil zur Förderung der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte enthalten. Vor dem Hintergrund, dass im Jahr 2021 in tatsächlicher Hinsicht noch keine Befüllungen elektronischer Patientenakten in nennenswerter Form erfolgt sind, haben sich die KZBV und der GKV-Spitzenverband darauf verständigt, die vom Gesetz vorgesehene Anschubvergütung in Höhe von insgesamt 10,00 Euro im Jahr 2022 auf vertraglicher Basis bis zum 31.12.2022 fortzuführen.

Ab dem 01.01.2023 entfällt der Förderanteil und es verbleibt eine Vergütung des Aufwands für die erstmalige Befüllung einer elektronischen Patientenakte in Höhe von 4 Punkten.

Evaluierung: Der Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen evaluiert nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für die Jahre 2023 und 2024 die Entwicklung der Leistung nach Nr. ePA1. Bewertet wird insbesondere die Abrechnungshäufigkeit der Leistung für die Erstbefüllung im vertragszahnärztlichen und im vertragsärztlichen Bereich sowie deren Verhältnis zueinander. Die Daten werden von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ermittelt. Die Trägerorganisationen im Bewertungsausschuss werten die Ergebnisse aus und beraten über gegebenenfalls erforderliche Konsequenzen in den Abrechnungsbestimmungen.

Zu II.

Es handelt sich einerseits um eine Angleichung der Leistungsbeschreibungen zur Leistung ePA2, so dass die Leistungsinhalte von ePA1 und ePA2 an dieser Stelle identisch sind, und andererseits um eine redaktionelle Klarstellung nach Wegfall der Ordnungsziffer 646 der Anlage 1 BMV-Z zum 01.01.2023.

Zu III.

Die „Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft KZBV-VdAK/AEV gem. § 22 (ab 01.01.2005: § 29) des Vertrages in der ab 01.01.2005 gültigen Fassung“ sind vom Bewertungsausschuss geprüft und die nachfolgenden Beschlüsse sind als in den BEMA überführungsfähig identifiziert worden.

Beschluss Nr. 32 vom 27.11.1973, gültig ab 01.01.1974, besagte, dass „Bare Auslagen, die bei Versendung von Gewebeproben zur histologischen Untersuchung entstehen, zu erstatten [sind].“ Dementsprechend ist Ziffer 5 Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen entsprechend erweitert und zudem redaktionell angepasst worden. Die Auslagen werden über die entsprechenden Ordnungsziffern gemäß Ziffer 2.4.7 der Anlage 1 BMV-Z abgerechnet.

Zu IV. und V.

In Umsetzung der Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft KZBV-VdAK/AEV vom 25.11.1982 bzw. ab 01.01.2004 zu den Nrn. 57 und 59 verständigt sich der Bewertungsausschuss darauf, bei den BEMA-Nrn. 57 und 59 Protokollnotizen aufzunehmen, so dass klargestellt wird, dass diese BEMA-Nrn. im Rahmen einer systematischen PAR-Behandlung nach BEMA-Teil 4 neben Leistungen nach den Nrn. AIT, CPT abrechenbar sind, wenn sie als zusätzliche ortsgetrennte präprothetisch-chirurgische Eingriffe erforderlich sind. Nach Abschnitt B. V. Ziffer 1 Satz 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) gehört die Behandlung von Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut im Rahmen der Behandlung von Parodontalerkrankungen nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese Leistungen können daher als BEMA-Nr. 57 oder 59 nicht abgerechnet werden.

Zu VI.

Es erfolgt eine redaktionelle Korrektur aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus dem Jahr 2018 zur BEMA-Nr. 13.

Zu VII., VIII. und IX.

Es erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

Zu X.

Die Änderung ist redaktioneller Natur. Die Vorschriften der Eingliederungshilfe sind mit Wirkung zum 01.01.2020 durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (BTHG) vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234) in Teil 2 des SGB IX überführt worden.

Köln, Berlin 03.08.2022