

Bewertungsausschuss
für die zahnärztlichen Leistungen

Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen fasst in Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) vom 19.10.2017 folgenden

Beschluss:

- I. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden vor der Gebührennummer 181 folgende Gebührennummern 174a und 174b eingefügt:

174 Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten

PBa a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan

20 Punkte

Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands 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 insbesondere 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;
- der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel;
- ob die Maßnahmen von dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind;
- zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung.

Bei der Erstellung des Plans 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.

PBb

b) Mundgesundheitsaufklärung

26 Punkte

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die folgenden Leistungen:

- Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans nach Nr. 174a;
- 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 Pflege- oder Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

Bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die Lebensumstände des Versicherten zu erfragen sowie dessen individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen. Sofern der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im jeweils erforderlichen Umfang in die Mundgesundheitsaufklärung einzubeziehen.

Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für 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.

1. Die Leistungen nach Nrn. 174a und 174b sind nur abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten. Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nr. 174a oder Nr. 174b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
2. Die Leistungen nach Nrn. 174a und 174b können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden. Neben den Leistungen nach Nrn. 174a und 174b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Nrn. IP 1, IP 2 und FU nicht abgerechnet werden.

II. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen wird nach der Gebührennummer 107 folgende Gebührennummer 107a eingefügt:

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

16 Punkte

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 worden ist.

III. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen wird die Abrechnungsbestimmung zu Gebührennummer 107 wie folgt ergänzt:

Die Leistung nach Nr. 107 kann nicht abgerechnet werden, wenn in demselben Kalenderjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107a abgerechnet worden ist.

IV. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden die folgenden Gebührennummern wie folgt gefasst:

151	Besuch eines Versicherten, einschließlich	
Bs1	Beratung und eingehende Untersuchung	38 Punkte

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

152	a) Besuch je weiteren Versicherten in derselben	
Bs2a	häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	34 Punkte

Bs2b	b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	26 Punkte
------	---	------------------

1. Die Leistung nach Nr. 152a ist nur abrechnungsfähig für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben.
2. Die Leistung nach Nr. 152b ist abrechnungsfähig für Versicherte in derselben Einrichtung (z. B. betreute Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung).

3. Neben den Leistungen nach Nrn. 152a und 152b sind die Leistungen nach Nrn. 153a, 153b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 152a und 152b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

153
Bs3a

- a) 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 Punkte

Bs3b

- b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 153a 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

26 Punkte

1. 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 die Erziehung von Menschen mit

Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

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

154
Bs4

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 Punkte

1. Die Leistung nach Nr. 154 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung 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 hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Neben der Leistung nach Nr. 154 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152a, 152b, 153a und 153b nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

155
Bs5

Besuch je weiteren 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 Punkte

1. Die Leistung nach Nr. 155 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung 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 hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Neben der Leistung nach Nr. 155 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152a, 152b, 153a und 153b nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 155 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

171 Zuschlag für Besuche nach Nrn. 151, 152

PBA1a a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten

37 Punkte

PBA1b b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 171a

30 Punkte

1. Die Zuschläge nach Nrn. 171a und 171b sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.
2. Der Zuschlag nach Nr. 171a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 151, der Zuschlag nach Nr. 171b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 152a oder Nr. 152b abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 171a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 171b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 171a und 171b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.

3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 171a oder Nr. 171b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
4. Die Notwendigkeit des Aufsuchens, beispielsweise bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, ist zu dokumentieren.

172 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

SP1a a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung

40 Punkte

SP1b b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a

32 Punkte

1. 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 hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Der Zuschlag nach Nr. 172a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 154, der Zuschlag nach Nr. 172b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 155 abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 172a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 172b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 172a und 172b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.
3. Der Vertragszahnarzt kann für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, mit welcher der Vertragszahnarzt einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V abgeschlossen hat, der den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und insoweit den Vertragszahnarzt zur Abrechnung der Zuschläge nach Nrn. 172a und 172b berechtigt, keine Leistungen nach Nrn. 171a und 171b abrechnen.

V. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden nach der Gebührennummer 172 folgende Gebührennummern 173a und 173b eingefügt:

173 Zuschlag für Besuche nach Nr. 153

ZBs3a a) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153a von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten

32 Punkte

ZBs3b b) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153b je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 173a

24 Punkte

1. Die Zuschläge nach Nrn. 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 Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.
2. Der Zuschlag nach Nr. 173a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153a, der Zuschlag nach Nr. 173b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153b abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 173a und 173b sind ne-

ben dem Zuschlag nach Nr. 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 173a und 173b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.

3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 173a oder Nr. 173b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

VI. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen werden die Gebührennummern 162 und 165 wie folgt geändert:

1. Die Überschrift zur Leistungsbeschreibung zu BEMA-Nr. 162 wird wie folgt gefasst:

Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 152a, 152b und 155

2. Die Leistungsbeschreibung zu BEMA-Nr. 165 wird wie folgt gefasst:

Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152a, 152b, 153a, 153b, 154 und 155 bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr

Der Beschluss tritt am 01.07.2018 in Kraft.

Gründe

A. Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Beschluss führt der Bewertungsausschuss neue zahnärztliche Leistungen gemäß § 22a SGB V und der auf dieser gesetzlichen Grundlage vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 19.10.2017 beschlossenen Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ein. Die Trägerorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss hatten sich darauf verständigt, dass die Richtlinie nicht unmittelbar nach Beschlussfassung und Veröffentlichung, sondern zum 01.07.2018 in Kraft treten soll. In der Zeit zwischen Beschlussfassung und Inkrafttreten hat der Bewertungsausschuss die gebührenordnungsrechtliche Umsetzung vorgenommen, sodass Richtlinie und BEMA-Gebühren zeitgleich Wirkung entfalten und die neu geschaffenen Leistungen ab diesem Zeitpunkt von den Versicherten in Anspruch genommen werden können.

Die Leistungen nach § 22a SGB V, die der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie vom 19.10.2017 konkretisiert hat, umfassen die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Erstellung eines Mundgesundheitsplans, die Mundgesundheitsaufklärung und die Entfernung harter Zahnbeläge. Diese Leistungen können kalenderhalbjährlich in Anspruch genommen werden. Anspruchsberechtigt sind Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, und zwar unabhängig davon, ob die Leistungserbringung im häuslichen Umfeld, in einer Einrichtung oder in der Zahnarztpraxis erfolgt.

Im Zusammenhang mit der Einführung der genannten präventiven Maßnahmen hatte der Bewertungsausschuss insbesondere zu beachten, dass vergleichbare Leistungen bereits in BEMA-Nrn. 172c und 172d bezogen auf die aufsuchende Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags enthalten sind. Darüber hinaus berücksichtigt der Bewertungsausschuss, dass die aufsuchende Versorgung im häuslichen Umfeld aufwendiger ist, als die aufsuchende Betreuung ggf. mehrerer Versicherter in einer Einrichtung. Aus diesem Grund wird die Einführung der neuen Leistungen nach § 22a SGB V flankiert von einer teilweisen Neustrukturierung und -bewertung der Besuchs- und Zuschlagsleistungen der BEMA-Nrn. 151 ff.

B. Besonderer Teil

Zu I. Einführung der Gebührennummern 174a und 174b:

In BEMA-Nr. 174 werden die Inhalte der §§ 4 bis 6 der Richtlinie nach § 22a SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses in zwei Gebührennummern umgesetzt. Die BEMA-Nr. 174a umfasst die Erhebung des Mundgesundheitsstatus und die Erstellung des Mundgesundheitsplans, die BEMA-Nr. 174b die Mundgesundheitsaufklärung. Da diese Leistungen künftig von allen nach § 22a SGB V anspruchsberechtigten Versicherten in Anspruch genommen werden können, werden die bislang ausschließlich für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags gemäß § 119b SGB V geltenden Präventionsmaßnahmen nach den BEMA-Nrn. 172c und 172d durch die modifizierten und erweiterten BEMA-Nrn. 174a und 174b ersetzt. In den Abrechnungsbestimmungen werden der anspruchsberechtigte Personenkreis, die Abrechnungsfrequenz und das Verhältnis zu den Leistungen nach BEMA-Nrn. IP 1, IP 2 und FU geregelt.

Zu II. Einführung der Gebührennummer 107a:

In BEMA-Nr. 107a wird für den nach § 22a SGB V anspruchsberechtigten Versichertenkreis die in § 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltene Entfernung harter Zahnbeläge umgesetzt. Im Gegensatz zur Leistung nach BEMA-Nr. 107 kann diese Leistung einmal je Kalender*halb*jahr in Anspruch genommen und abgerechnet werden. Damit bildet die BEMA-Nr. 107a im Verhältnis zu BEMA-Nr. 107 einen Spezialfall, sodass die Entfernung harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, zwingend über BEMA-Nr. 107a abzurechnen ist.

Zu III. Ergänzung der Gebührennummer 107:

In BEMA-Nr. 107 wird die Abrechnungsbestimmung, wonach das Entfernen harter Zahnbeläge einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig ist, ergänzt um das Verhältnis zur neu eingefügten BEMA-Nr. 107a. Aufgrund der klaren Trennung nach Versicherten Gruppen kann die BEMA-Nr. 107 nicht abgerechnet werden für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, insoweit bedarf es keiner ausdrücklichen Klarstellung. Für Fälle, in denen die Zuordnung zu einem Pflegegrad bzw. der Anspruch auf Eingliederungshilfe entfallen, wird klargestellt, dass die Leistung nach Nr. 107 nicht abgerechnet werden kann,

wenn in demselben Kalenderjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107a abgerechnet worden ist.

Zu IV. Fassung der Gebührennummern 151 bis 155, 171, 172:

Die Besuchsgebühr nach BEMA-Nr. 151 wird aufgewertet. Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass über diese Gebührennummer vorrangig Einzelbesuche abgerechnet werden, die für den Zahnarzt – besonders im privaten, häuslichen Umfeld des Versicherten – mit einem höheren Aufwand verbunden sind. Demgemäß wird in BEMA-Nr. 152 für weitere Besuche, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang erfolgen, differenziert, ob diese in derselben häuslichen Gemeinschaft (dann BEMA-Nr. 152a) oder in derselben Einrichtung (dann BEMA-Nr. 152b) erfolgen. In den Abrechnungsbestimmungen wird der Begriff der häuslichen Gemeinschaft konkretisiert und klargestellt, dass die Gebühr nach Nr. 152a nur abrechnungsfähig ist für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben. Unter dem Begriff der Einrichtung i. S. d. Gebühr nach Nr. 152b sind z. B. betreute Wohngemeinschaften und stationäre Pflegeeinrichtungen zu verstehen, in denen Besuche in Abgrenzung zu BEMA-Nr. 153 nicht im Sinne einer regelmäßigen Tätigkeit zu vorab festgelegten Zeiten erfolgen. In der Systematik hieran anknüpfend wird künftig die BEMA-Nr. 153 für regelmäßige Besuche in stationären Einrichtungen ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags herangezogen und differenziert nach dem Aufsuchen eines Versicherten und den in diesem Zusammenhang erfolgenden Besuchen weiterer Versicherter in dieser Einrichtung. In den Abrechnungsbestimmungen wird klargestellt, dass die Gebührennummern 153a und 153b abrechnungsfähig sind für Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung sowie für Versicherte, die in einer Einrichtung untergebracht sind, in der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, und insoweit gemäß § 71 Abs. 4 SGB XI nicht unter den Begriff der Pflegeeinrichtung i. S. v. § 71 Abs. 2 SGB XI fallen. Für Besuche in Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage eines Kooperationsvertrags wird die Trennung zwischen Erst- und zusätzlichem Besuch in den Gebührennummern 154 und 155 unverändert beibehalten. Lediglich wird die Bewertung der BEMA-Nr. 154 angehoben. Die Gebührennummern 171a und 171b werden als Zuschläge für Besuche nach BEMA-Nrn. 151 und 152 deklariert. Der Zuschlag nach Nr. 171a wird aufgewertet. In den Gebührennummern 172a und 172b bleiben Zuschläge für Besuche in Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage eines Kooperationsvertrags gemäß BEMA-Nrn. 154 und

155 erhalten. Auch hier erfolgt eine Höherbewertung, die einen Anreiz geben soll, Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen einzugehen und aufrecht zu erhalten.

Zu V. Einführung der Gebührennummern 173a und 173b:

Mit den BEMA-Nrn. 173a und 173b werden korrespondierend zu den neu gestalteten BEMA-Nrn. 153a und 153b neue Zuschlagsgebühren geschaffen, die speziell für Besuche von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, in einer stationären Einrichtung bei regelmäßiger Tätigkeit zu vorab festgelegten Zeiten, aber ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags abzurechnen sind.

Zu I. bis V. Bewertungszahlen:

Der Bewertungsausschuss geht bei der Festlegung der Bewertungszahlen davon aus, dass den Abrechnungen der jeweils gesamtvertraglich vereinbarte KCH-Punktwert zu Grunde gelegt wird. Der Bewertungsausschuss stellt zudem klar, dass die neu geschaffenen präventiven Leistungen nach den BEMA-Nrn. 174a und 174b als Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen i. S. v. § 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V einzustufen sind.

Zu VI. Änderung der Gebührennummern 162 und 165:

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Neugestaltung der Gebührennummern 152 und 153.

Köln, Berlin vom 9. April 2018