



Leistungen zur zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen



**Besuchsleistungen, Zuschläge,
Wegegeld/Reiseentschädigung,
konsiliarische Erörterung**

Gelb hinterlegt

abrechenbare Leistungen **ohne**
Kooperationsvertrag nach
§ 119b Abs. 2 SGB V

Blau hinterlegt

abrechenbare Leistungen nur **mit**
Kooperationsvertrag nach § 119b
Abs. 2 SGB V

Grün hinterlegt

abrechenbare Leistungen **mit und ohne**
Kooperationsvertrag
nach § 119b Abs. 2 SGB V

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt

Tel.: 069 6607-0

Fax: 069 6607-344

E-Mail: kzvh@kzvh.de

Internet: www.kzvh.de

Copyright

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung des Herausgebers.

4. Auflage, Juli 2018

Frankfurt am Main

Titelseite: © Gina Smith - Fotolia

BEMA Nr.	Erläuterung	Punkte
151 Bs1	<p>Besuch eines Versicherten</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ einschließlich Nrn. 01 und Ä1 ➤ zusätzlich Wegegeld/Reiseentschädigung ➤ nicht neben Nrn. 153a, 153b, 154, 155 	38
152a Bs2a	<p>Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151</p> <p>Nur für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben</p>	34
152b Bs2b	<p>Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151</p> <p>Nur für Versicherte in derselben Einrichtung (z. B. betreute Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ einschließlich Nrn. 01 und Ä1 ➤ zusätzlich Wegegeld/Reiseentschädigung <p>nicht neben Nrn. 153a, 153b, 154, 155</p>	26
153a Bs3a	<p>Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119 b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V entspricht</p>	30
153b Bs3b	<p>Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 153a zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119 b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V entspricht</p> <p>Betrifft 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ einschließlich Nrn. 01 und Ä1 ➤ zusätzlich Wegegeld/Reiseentschädigung ➤ nicht neben Nrn. 151, 152a, 152b, 154, 155 ➤ keine Zuschläge nach Nrn. 161a-f 	26
154 Bs4	<p>Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrages</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ einschließlich Nrn. 01 und Ä1 ➤ zusätzlich Wegegeld/Reiseentschädigung ➤ nicht neben Nrn. 151, 152a, 152b, 153a, 153b 	30
155 Bs5	<p>Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Einrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrages</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ einschließlich Nrn. 01 und Ä1 ➤ zusätzlich Wegegeld/Reiseentschädigung ➤ nicht neben Nrn. 151, 152a, 152b, 153a, 153b 	26

Besuchsleistungen, Zuschläge, Konsiliarische Erörterung

BEMA Nr.	Erläuterung	Punkte
161	Zuschläge für Besuche nach Nrn. 151, 154	
161a ZBs1a	a) Dringend angefordert und unverzüglich durchgeführte Besuche	18
161b ZBs1b	b) Mo. bis Fr. in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	29
161c ZBs1c	c) Mo. bis Fr. in der Zeit von 22 bis 6 Uhr	50
161d ZBs1d	d) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	38
161e ZBs1e	e) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	67
161f ZBs1f	f) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 22 bis 6 Uhr	88
162	Zuschläge für Besuche nach Nrn. 152a, 152b, 155	
162a ZBs2a	a) Dringend angefordert und unverzüglich durchgeführte Besuche	9
162b ZBs2b	b) Mo. bis Fr. in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	15
162c ZBs2c	c) Mo. bis Fr. in der Zeit von 22 bis 6 Uhr	25
162d ZBs2d	d) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	19
162e ZBs2e	e) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	34
162f ZBs2f	f) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 22 bis 6 Uhr	44
	Die Zuschläge nach Nrn. 161a-f sind nicht nebeneinander abrechenbar Die Zuschläge nach Nrn. 162a-f sind nicht nebeneinander abrechenbar	
165 ZKi	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152a, 152b, 153a, 153b, 154 und 155 Bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr	14
171	Zuschlag nach § 87 Abs. 2i SGB V	
171a PBA1a	a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten <ul style="list-style-type: none"> ➤ nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 151 	37

BEMA Nr.	Erläuterung	Punkte
171b PBA1b	<p>a) 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 Nr. 171a</p> <p>➤ nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nrn. 152a oder b</p> <p>Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nr. 171 ist vom Zahnarzt ggf. anhand des Bescheides der Pflegekasse oder des Bescheides über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in der Patientenakte zu dokumentieren. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.</p> <p>Voraussetzung für die Abrechenbarkeit ist die Anforderung des Besuches. Die Notwendigkeit des Aufsuchens, beispielsweise bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, ist zu dokumentieren.</p>	30
172 172a SP1a	<p>Zuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V im Rahmen eines Kooperationsvertrages</p> <p>a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung</p> <p>➤ nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 154</p>	40
172b SP1b	<p>b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a</p> <p>➤ nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 155</p>	32
173 173a ZBs3a	<p>Zuschlag für Besuche nach Nr. 153</p> <p>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</p> <p>➤ nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153a abrechenbar</p>	32
173b ZBs3b	<p>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 Nr. 173 a</p> <p>➤ nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153b abrechenbar</p> <p>Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nr. 173a und 173b ist vom Zahnarzt ggf. anhand des Bescheides der Pflegekasse oder des Bescheides über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in der Patientenakte zu dokumentieren. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.</p>	24

BEMA Nr.	Erläuterung	Punkte
<p>174</p> <p>174a PBa</p> <p>174b PBb</p>	<p>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</p> <p>a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beurteilung des Pflegezustandes der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut und des Zahnersatzes ➤ Individueller Mundgesundheitsplan ➤ Dokumentation anhand Formblatt <p>b) Mundgesundheitsaufklärung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aufklärung über Inhalte des Mundgesundheitsplanes ➤ Demonstration und ggf. praktische Anleitung/Unterweisung zur Reinigung von Zähnen, Zahnfleisch, Mundschleimhaut festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz ➤ Motivation zur Umsetzung <p>Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nr. 174a oder 174b ist vom Zahnarzt ggf. anhand des Bescheides der Pflegekasse oder des Bescheides über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in der Patientenakte zu dokumentieren. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nrn. 174a und b abrechenbar je Kalenderhalbjahr einmal ➤ nicht abrechenbar neben Nrn. IP1, IP2, FU am selben Tag 	<p>20</p> <p>26</p>
<p>181 KSL</p>	<p>Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten</p> <p>Abrechenbar, wenn sich der Zahnarzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat.</p>	<p>14</p>
<p>182 KsIK</p>	<p>Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten</p> <p>Abrechenbar für konsiliarische Erörterungen, die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrages betreut werden</p>	<p>14</p>
<p>107a (PBZst)</p>	<p>Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, je Sitzung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ einmal pro Kalenderhalbjahr abrechenbar ➤ Die Leistung nach Nr. 107 kann nicht abgerechnet werden, wenn in demselben Kalenderjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107a abgerechnet worden ist. <p>Die Anspruchsberechtigung auf die Leistung nach Nr. 107a ist vom Zahnarzt nach Einsichtnahme in den Bescheid der Pflegekasse bzw. in den Bescheid über den Bezug von Eingliederungshilfe in der Patientenakte/Karteikarte zu dokumentieren. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.</p>	<p>16</p>

Nr.	Erläuterung	Bemerkungs- angabe	Betrag in EURO ab II/2013
-----	-------------	-----------------------	------------------------------------

Der Zahnarzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld ergibt sich aus dem Radius (in Kilometern) um die Praxis des Zahnarztes.

Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus, so ist für die Berechnung der Radius um die Wohnung des Zahnarztes zu berücksichtigen.

Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim, besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und je Versichertem nur anteilig berechnen. Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxis des Zahnarztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.

Bitte pflegen Sie die nachfolgenden EURO-Beträge für Wegegeld/Reiseentschädigung in Ihr Praxisverwaltungssystem ein, sofern dies nicht bereits von Ihrem Softwareanbieter erfolgt ist.

7810	Wegegeld für eine Entfernung von bis zu zwei Kilometern	ggf. Divisor (Anzahl der besuchten Patienten) für anteilige Berechnung	4,30
7811	Wegegeld für eine Entfernung von bis zu zwei Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)		8,60
7820	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als zwei Kilometern und bis zu fünf Kilometern		8,00
7821	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als zwei Kilometern und bis zu fünf Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)		12,30
7830	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als fünf Kilometern und bis zu zehn Kilometern		12,30
7831	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als fünf Kilometern und bis zu zehn Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)		18,40
7840	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als zehn Kilometern und bis zu 25 Kilometern		18,40
7841	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als zehn Kilometern und bis zu 25 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)		30,70
7928	Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit bis zu 8 Stunden je Tag	Zahl der gefahrenen Kilometer und ggf. Divisor (Anzahl der besuchten Patienten)	0,42 € je km plus 56,00 € Abwesenheitsgebühr
7929	Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag		0,42 € je km plus 112,50 € Abwesenheitsgebühr
7930	Kosten für notwendige Übernachtungen	anteilige Berechnung	

