

## BEMA 174

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

Nr.	Leistung	Abkürzung	Bewertungs- zahl
174	Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22 a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten		
	a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	PBa	20
	b) Mundgesundheitsaufklärung	PBb	26

#### Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:

Zu Nr. 174:

- Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b 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. 174 a oder Nr. 174 b 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.
- Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden. Neben den Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Nrn. IP 1, IP 2, FU 1 und FU 2 nicht abgerechnet werden.

#### Hinweis:

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22 a SGB V) finden Sie in der digitalen Kommentarversion hier verlinkt – § 22 a Richtlinie.

#### Richtlinien

- Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst die Maßnahmen, die geeignet sind, Krankheiten der Zähne, des Mundes und der Kiefer nach dem wissenschaftlich anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu verhüten, zu heilen, durch diese Krankheiten verursachte Beschwerden zu lindern oder Verschlimmerungen abzuwenden, soweit diese Maßnahmen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an der Krankenbehandlung dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

4. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen. Der Zahnarzt hat auf eine zweckmäßige Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebracht Mittel der Krankenversicherung zu achten. Das Maß des medizinisch Notwendigen darf nicht überschritten werden. Die diagnostischen Maßnahmen und die Therapie haben dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu entsprechen.
5. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Zahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Arztes vornimmt.

**Leistungslegende und Abrechnungsbestimmungen der BEMA-Nr. 174 nehmen Bezug auf folgende Paragraphen:**

#### **§ 22 a SGB V**

##### **Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen**

(1) Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten, haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.

(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.

#### **§ 15 SGB XI**

##### **Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument**

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

## § 53 SGB XII

## Leistungsberechtigte und Aufgabe

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(2) Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(4) Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches, soweit sich aus diesem Buch und den auf Grund dieses Buches erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Buch.

Anlage 1: Berichtsbogen (Vertragszahnärzte an KZV):

Koordinations- und Kooperationsleistungen  
in stationären Pflegeeinrichtungen  
nach § 119b Abs. 1 SGB V

Abr.-Nr. Kooperationszahnarzt: .....

Pflegeeinrichtung (Name, Ort) .....

Berichtsjahr .....

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

Ort, Datum, Unterschrift Zahnarzt .....

**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	
<b>Status</b> <b>Befund/Versorgung</b> <b>Oberkiefer</b> rechts                      links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  <b>Unterkiefer</b> Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> rechts                      links Beläge links <input type="checkbox"/> <i>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</i>		<b>Mundgesundheitsplan</b> <b>Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege</b> Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>		<b>Koordination</b> <b>Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit</b> 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 _____	
<b>Zustand Pflege</b> Zähne                      😊                      😐                      ☹️ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch    😊                      😐                      ☹️ Zahnersatz                      😊                      😐                      ☹️		<b>Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*</b> 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"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____		<b>Wo soll Behandlung erfolgen</b> Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andemorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/>  <b>Behandlungseinwilligung ist erfolgt</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  <b>Besonderheiten/Anmerkungen</b> _____ _____ _____ _____  <b>Unterschrift Zahnarzt</b> _____	

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

**Schnellübersicht zum Kommentar**

**✔ Abrechnungsfähig**

- BEMA-Nrn. 174 a und 174 b abrechnungsfähig bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten

**+ Zusätzlich abrechnungsfähig**

- weitere zahnärztliche Leistungen des BEMA
- ggf. Besuchs- und Zuschlagsgebühren
- ggf. Wegegeld bzw. Reiseentschädigung gemäß § 8 Abs. 2 und 3 GOZ

**⊖ Nicht abrechnungsfähig**

- neben
- am selben Tag erbrachten Leistungen nach BEMA-Nrn. IP 1, IP 2 und FU



## Abrechnung

- über KCH mittels elektronischer/m Datenübermittlung/Datenträger (BEMA-Teil 1 – KCH-Quartalsabrechnung)
- nur dann im Rahmen der Abrechnung für Kiefergelenkserkrankung und Kieferbruch (BEMA-Teil 2 – KG/KB-Monatsabrechnung), wenn Leistungen im Rahmen der Behandlung von Kiefergelenkserkrankung oder Kieferbruch erforderlich sind. Regionale Unterschiede sind zu beachten.

## Kommentar

### 1 Begriffsbestimmung und Indikation

In BEMA-Nr. 174 hat der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen die inhaltlich in den §§ 4 bis 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22 a SGB V) vom 19.10.2017, in Kraft getreten am 01.07.2018, enthaltenen präventiven Leistungen umgesetzt. Die Entfernung harter Zahnbeläge, die gemäß § 7 der Richtlinie einmal je Kalenderhalbjahr erfolgen kann, ist nicht in BEMA-Nr. 174, sondern im systematischen Zusammenhang mit BEMA-Nr. 107 in der neu geschaffenen BEMA-Nr. 107 a geregelt. In BEMA-Nr. 174 a sind die Erhebung des Mundgesundheitsstatus und die Erstellung des Mundgesundheitsplans nach den §§ 4 und 5 der Richtlinie zusammengefasst worden, in BEMA-Nr. 174 b ist die Mundgesundheitsaufklärung nach § 6 der Richtlinie geregelt.

Die Leistungen sind in Teilen vergleichbar mit den zum 01.07.2018 aufgehobenen Präventionsleistungen der BEMA-Nrn. 172 c und 172 d. Diese Leistungen waren vom Bewertungsausschuss im Zusammenhang mit dem gemäß § 87 Abs. 2 j SGB V vorzusehenden Zuschlag für Leistungen, die im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119 b SGB V erbracht werden, eingeführt worden. Die Leistungen nach BEMA-Nr. 174 haben demgegenüber in § 22 a SGB V eine ausdrückliche Grundlage erhalten und sind inhaltlich weiter gefasst. Auch beschränkt sich der Kreis der Anspruchsberechtigten nicht auf Versicherte, die im Rahmen einer Kooperation zwischen Vertragszahnarzt und stationärer Pflegeeinrichtung betreut werden. Die Leistungen können für alle Versicherten abgerechnet werden, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, unabhängig davon, ob die Versorgung in der Zahnarztpraxis, im privaten häuslichen Umfeld des Versicherten oder in einer Einrichtung erfolgt. Die BEMA-Nrn. 172 c und 172 d sind daher obsolet geworden.

Mit den besonderen präventiven Maßnahmen der BEMA-Nr. 174 ist die Zielsetzung verbunden, eine regelmäßige und bedarfsgerechte vertragszahnärztliche Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgungsziele im Einzelnen sind in § 2 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben. Der behandelnde Vertragszahnarzt soll in diesem Zusammenhang bedarfsorientiert konsiliarische Erörterungen mit anderen Ärzten und Zahnärzten führen. Beispielsweise soll hierdurch auch dem bei diesen Patienten häufig auftretenden Krankheitsbild der Mundtrockenheit/Xerostomie durch Hinweise auf eine Prüfung und gegebenenfalls Änderung einer möglicherweise Mundtrockenheit bewirkenden Medikation entgegengewirkt werden. Dem Vertragszahnarzt wird empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen, die sich an den Versorgungszielen der Richtlinie und den speziellen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen orientieren.

## 2 Abrechnung der Leistung

### 2.1 Leistungsinhalt

Die BEMA-Nr. 174 a vergütet zum einen die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus nach § 4 der Richtlinie. Dieser umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut und des Zahnersatzes, einschließlich der Dokumentation anhand des auf Grundlage von § 8 der Richtlinie von den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Formblatts.

Zum anderen beinhaltet die BEMA-Nr. 174 a die Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans gemäß § 5 der Richtlinie. Dieser umfasst insbesondere folgende Angaben:

- die gegenüber dem Versicherten und gegebenenfalls den Pflege- oder Unterstützungspersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und/oder Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie;
- die empfohlene Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel;
- den Hinweis, ob die Maßnahmen von dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind;
- den Hinweis zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung des Versicherten Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung.

Der Mundgesundheitsplan ist ebenfalls Bestandteil des Formblatts i. S. v. § 8 der Richtlinie. Die Umsetzung der auf dem Plan vermerkten Maßnahmen wird im Rahmen der nächsten Erhebung des Mundgesundheitsstatus durch den Vertragszahnarzt überprüft. Auf Grundlage der Überprüfung wird der Mundgesundheitsplan gegebenenfalls angepasst.

Aufgrund des Leistungsinhaltes der BEMA-Nr. 174 a können deren Leistungsbestandteile nicht an das Praxispersonal delegiert werden.

BEMA-Nr. 174 b vergütet die Mundgesundheitsaufklärung. Diese Leistung umfasst die Aufklärung über die Angaben des Mundgesundheitsplans, die Demonstration und gegebenenfalls praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut, die Demonstration und gegebenenfalls praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes sowie die Erläuterung des Nutzens dieser Maßnahmen einschließlich der Motivation des Versicherten und der Pflege- oder Unterstützungspersonen, die empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

Aufgrund des Leistungsinhaltes der BEMA-Nr. 174 b können deren Leistungsbestandteile an entsprechend geschultes Praxispersonal delegiert werden.

Dabei ist es allerdings nicht möglich, dass eine nicht-zahnärztliche Person beispielsweise anstelle des Vertragszahnarztes die Einrichtung aufsucht und eigenständig tätig wird. Soweit der Vertragszahnarzt hinsichtlich einzelner Bestandteile wie z. B. der Patientenaufklärung im Rahmen des berufsrechtlich Zulässigen von nicht-zahnärztlichem Personal unterstützt wird, muss sich der Vertragszahnarzt in unmittelbarer räumlicher Nähe aufhalten, sodass eine zahnärztliche Überwachung der Maßnahmen zu jeder Zeit gewährleistet ist.

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 gegebenenfalls für die Pflege- oder Unterstützungspersonen verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise. Soweit dem Versi-

cherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf die Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. gegebenenfalls zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- oder Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.

Die Mundgesundheitsaufklärung erfüllt zugleich die Voraussetzungen für die Anleitung des Versicherten und dessen Information über bestehende Mitwirkungspflichten im Rahmen der Behandlung von Parodontopathien. Das gilt auch dann, wenn die Aufklärung unter den genannten Voraussetzungen gegenüber den Pflege- oder Unterstützungspersonen erfolgt.

Das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach BEMA-Nr. 174, also ob der Versicherte einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren. Das erfolgt am besten anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe. Diese können in Kopie der Patientenakte beigelegt werden. Ist ein Bescheid befristet ausgestellt worden, muss darüber hinaus der Fristablauf in der Patientenakte festgehalten werden. Weitergehende Nachforschungspflichten wird man für den Vertragszahnarzt daraus aber nicht ableiten können.

Die BEMA-Nrn. 174 a und 174 b können einmal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden. Bei der zahnärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist zu beachten, dass Leistungen nach den BEMA-Nrn. IP 1, IP 2, FU 1 und FU 2, die am selben Tag erbracht worden sind, nicht neben den Leistungen nach BEMA-Nr. 174 abgerechnet werden können.

Die Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

Werden Besuchsleistungen im Rahmen der Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen oder von Kieferbruchfällen erforderlich, kann die Abrechnung auch über das Abrechnungsformular für Kiefergelenkerkrankungen und Kieferbruch (BEMA-Teil 2 – KG/KB-Monatsabrechnung) erfolgen. Hier sind die Vorgaben der zuständigen Landes-KZV zu beachten.

## Abrechnung? Aber sicher!

### DER Kommentar zu BEMA und GOZ von Liebold/Raff/Wissing

Kompetenz aus über 50 Jahren Abrechnung.  
Online, auf CD und als Loseblattwerk.



jetzt kostenlos online testen: [www.bema-goz.de](http://www.bema-goz.de)