

**Bewertungsausschuss  
für die zahnärztlichen Leistungen**

Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen fasst folgenden

**Beschluss:**

**I. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen wird folgende Gebührennummer 172 aufgenommen:**

- |      |  |           |
|------|--|-----------|
| 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  | 36 Punkte |
| SP1b | b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a  | 31 Punkte |
| SP1c | c) Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit, einschließlich |           |

Dokumentation anhand des Formblatts nach Anlage 2 zur Rahmenvereinbarung gemäß § 119b Abs. 2 SGB V

16 Punkte

SP1d

d) Unterstützung und ggf. praktische Anleitung des Pflegepersonals bei der Durchführung der ihm obliegenden Aufgaben durch versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege sowie zu Pflege und Handhabung des Zahnersatzes

20 Punkte

1. Die Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d 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. Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d sind neben den Besuchsgebühren der Nrn. 154 und 155, einschließlich der Zuschläge nach Nrn. 161, 162 und 165 sowie dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig. Sie sind nicht neben den Nrn. 151, 152 und 153 und nicht neben den Nrn. 171a und 171b abrechnungsfähig.

3. Leistungen nach Nrn. 172c und 172d können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden, frühestens nach Ablauf von vier Monaten.
4. 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 von Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d berechtigt, keine Leistungen nach Nrn. 171a und 171b abrechnen.

**II. In den BEMA werden folgende Gebührennummern 154 und 155 aufgenommen:**

154            Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in  
Bs4            einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2  
                  SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags  
                  nach § 119b Abs. 1 SGB V, einschließlich Bera-  
                  tung und eingehende Untersuchung

28 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, 152 und 153 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

155  
Bs5      Besuch je weiterem 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, 152 und 153 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 155 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

### **III. Die Gebührennummern 151, 152 und 153 werden wie folgt geändert:**

#### **1. Die Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 151 werden wie folgt gefasst:**

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

#### **2. Die Leistungsbeschreibung der Nr. 152 wird wie folgt gefasst:**

Besuch je weiterem Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung.

#### **3. Die Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 152 werden wie folgt gefasst:**

Neben der Leistung nach Nr. 152 sind die Leistungen nach Nrn. 153, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 152 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

#### **4. Die Nr. 153 wird wie folgt gefasst:**

153            Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in  
Bs3            einer stationären Pflegeeinrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung 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.

28 Punkte

Die Nr. 153 ist neben den Nrn. 151, 152, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Neben der Nr. 153 sind die Zuschläge nach den Nrn. 161a bis 161f nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 153 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

**IV. Die Gebührennummern 161, 162 und 165 werden wie folgt geändert:**

**1. Die Nummer 161 wird wie folgt geändert:**

In der Überschrift zu Nummer 161 werden die Worte „nach den Nrn. 151, 153“ durch die Worte „nach den Nrn. 151 und 154“ ersetzt.

In Nummer 161a werden die Worte „nach den Nrn. 151 oder 153“ gestrichen.

In den Nummern 161b bis 161f werden die Worte „ nach Nr. 151“ gestrichen.

**2. Die Nummer 162 wird wie folgt geändert:**

In der Überschrift zu Nummer 162 werden die Worte „nach Nr. 152“ durch die Worte „nach den Nrn. 152 und 155“ ersetzt.

**3. Die Leistungsbeschreibung der Nummer 165 wird wie folgt gefasst:**

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

**V. Die Leistungsbeschreibung zu Gebührennummer 171b wird wie folgt gefasst:**

Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem Versicherten, der pflegebedürftig ist, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweist, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 171a

**VI. In den BEMA werden folgende Gebührennummern 181 und 182 aufgenommen:**

181 Ksl	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten	14 Punkte
------------	---	-----------

1. Die Leistung nach Nr. 181 ist nur abrechnungsfähig, wenn sich der Zahnarzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat.
2. Die Leistung nach Nr. 181 ist auch dann abrechnungsfähig, wenn die Erörterung zwischen einem Zahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.
3. Die Leistung nach Nr. 181 ist nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind. Sie ist nicht abrechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen.

182 KslK	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V	14 Punkte
-------------	---	-----------

1. Die Leistung nach Nr. 182 ist nur abrechnungsfähig für konsiliarische Erörterungen, die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71

Abs. 2 SGB XI) betreut werden und 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. Die Leistung nach Nr. 182 ist auch dann abrechnungsfähig, wenn die Erörterung zwischen einem Kooperationszahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.
3. Die Leistung nach Nr. 182 ist nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind.

#### **VII. Die allgemeinen Bestimmungen werden wie folgt geändert:**

In Ziffer 3 wird nach der Bezeichnung „B IV“ eingefügt „(Nrn. 55, 56, 61, 62)“.

Der Beschluss tritt am 01.04.2014 in Kraft.



\*\*\*\*\*

## Gründe

### **A. Allgemeiner Teil**

Der Gesetzgeber hat den Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen in § 87 Abs. 2j SGB V beauftragt, für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über die Leistung nach § 87 Abs. 2i Satz 1 SGB V hinausgehende Leistung vorzusehen. Gemäß dem in § 87 Abs. 2j SGB V hergestellten Zusammenhang mit § 119b SGB V ist die zusätzliche Leistung auszurichten auf die zahnärztliche Betreuung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Sie kann nur von Vertragszahnärzten abgerechnet werden, die einen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V mit derjenigen Pflegeeinrichtung geschlossen haben, in welcher der betreute Pflegebedürftige untergebracht ist. Die Bundesmantelvertragspartner haben gemäß § 119b Abs. 2 SGB V zur Verbesserung der Qualität der zahnmedizinischen Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztlichen und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vereinbart. Durch die in der neuen Gebührenposition nach § 87 Abs. 2j SGB V definierten Leistungsinhalte ist gewährleistet, dass diese Anforderungen vollständig erfüllt werden können. Die Einhaltung dieser Anforderungen durch den Kooperationsvertrag ist Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der zusätzlichen Leistung nach § 87 Abs. 2j SGB V. Dahinter steht insbesondere die Zielsetzung, Anreize für den Abschluss entsprechender Kooperationen zu setzen. Mit der Einführung einer neuen Gebührenposition nach § 87 Abs. 2j SGB V werden außerdem Folgeänderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab notwendig, welche der vorliegende Beschluss ebenfalls berücksichtigt.

### **B. Besonderer Teil**

#### **Zu I. (Einführung der Gebührennummern 172a bis 172d):**

In Umsetzung des § 87 Abs. 2j SGB V hat sich der Bewertungsausschuss für die Einführung von Gebührennummern 172a bis 172d entschieden, die in der Regelungssystematik an die Leistung nach § 87 Abs. 2i SGB V – BEMA-Nr. 171 – angelehnt ist.

Dementsprechend wird mit BEMA-Nr. 172a ein Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung sowie in BEMA-Nr. 172b ein Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a eingeführt. Hierdurch sollen zum einen die Mehraufwendungen abgegolten werden, welche die aufsuchende Betreuung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen mit sich bringt. Außerdem sollen zusätzlich Anreize für Vertragszahnärzte geschaffen werden, einen Kooperationsvertrag einzugehen. Darüber hinausgehend werden neben diesen Zuschlägen mit den BEMA-Nrn. 172c und 172d weitere Leistungen eingeführt, durch welche die nach § 119b Abs. 2 SGB V vereinbarten Anforderungen an die kooperative und koordinierte zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen erfüllt werden können. Vor diesem Hintergrund ist in BEMA-Nr. 172c die regelmäßige Überprüfung und Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen vorgesehen. Zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit hat der Kooperationszahnarzt versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen einzubringen und diese zu dokumentieren. Im Hinblick auf die Verbesserung der kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung findet in BEMA-Nr. 172d die Unterstützung des Pflegepersonals durch versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege sowie zu Pflege und Handhabung des Zahnersatzes seitens des Vertragszahnarztes Berücksichtigung, die gegebenenfalls durch praktische Anleitungen zu untermauern sind. In den Abrechnungsbestimmungen wird klargestellt, dass die Gebühren nach den Nummern 172a bis 172d nur für pflegebedürftige Versicherte abrechenbar sind, 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. Außerdem wird das Verhältnis zu den Besuchsgebühren einschließlich der zugehörigen Zuschläge, dem Wegegeld und der Reiseentschädigung geregelt. Dabei wird nochmals ausdrücklich betont, dass die Leistungen nach Nummer 172a bis 172d nicht neben Leis-

tungen nach Nummern 171a und 171b abgerechnet werden können. Die Abrechenbarkeit der Leistungen nach Nummern 172c und 172d wird auf einmal je Kalenderhalbjahr begrenzt, eine erneute Abrechnung ist frühestens nach Ablauf von vier Monaten möglich.

**Zu II. (Einführung der Gebührennummern 154 und 155):**

Korrespondierend zu der Einführung der Gebührennummer 172 führt der Bewertungsausschuss spezielle Besuchsgebühren in den BEMA ein, welche als Basis für im Rahmen von Kooperationsverträgen im Sinne der §§ 119b Abs. 1, 87 Abs. 2j SGB V durchgeführte Besuche heranzuziehen sind und ausschließlich in diesem Zusammenhang abgerechnet werden können. Mit den Besuchsgebühren nach den Nummern 154 und 155 soll der Mehraufwand berücksichtigt werden, der bezogen auf die Besuchsleistung als solche im Rahmen einer Kooperation entsteht. Systematisch und sprachlich sind die neuen Besuchsgebühren 154 und 155 an die Besuchsgebühren nach den Nummern 151 und 152 angelehnt. Die Nummer 154 wird dementsprechend für den Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung in Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI abzurechnen sein, die Nummer 155 für den Besuch jedes weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben Einrichtung, der in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach Nummer 154 erfolgt. In den Abrechnungsbestimmungen wird klargestellt, dass die Besuchsgebühren nach den Nummern 154 und 155 nur für pflegebedürftige Versicherte abrechenbar sind, 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. Die Abrechenbarkeit der Besuchsgebühren nach den Nummern 151, 152 und 153 wird für Besuche nach den Nummern 154 und 155 ausdrücklich ausgeschlossen.

**Zu III. (Änderung der Gebührennummern 151, 152 und 153):**

Bei den hier vorgenommenen Änderungen handelt es sich zum einen um notwendige Folgeänderungen, die sich durch die neu eingeführten Besuchsgebühren 154 und 155 ergeben. Zum anderen ist die Besuchsgebühr nach Nummer 153 inhaltlich an die Systematik der Besuchsgebühren nach den Nummern 151, 152, 154 und 155

angepasst worden. So beinhaltet nun auch die Besuchsgebühr nach Nummer 153 die Beratung und die eingehende Untersuchung. Dementsprechend ist auch die Bewertung der Nummer 153 angepasst worden. Darüber hinaus ist in der Leistungsbeschreibung zu BEMA-Nr. 152 die Formulierung „je weiterem Versicherten“ gewählt worden. Hiermit soll deutlicher zum Ausdruck gebracht werden, dass der Zuschlag für jeden weiteren Versicherten, der in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 aufgesucht wird, abgerechnet werden kann

**Zu IV. (Änderung der Gebührennummern 161, 162 und 165):**

Durch die Einführung der Besuchsgebühren 154 und 155 sind entsprechende Folgeänderungen bei den Zuschlägen nach den Nummern 161, 162 und 165 notwendig geworden. Bei dieser Gelegenheit ist die Abrechenbarkeit des Zuschlags nach Nummer 161a im Zusammenhang mit Besuchen nach Nummer 153 beseitigt worden, da für Besuche zu vorher vereinbarten Zeiten bei regelmäßiger Tätigkeit des Vertragszahnarztes auf einer Pflegestation (BEMA-Nr. 153) der Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche (BEMA-Nr. 161a) keinen Sinn ergibt.

**Zu V. (Änderung der Gebührennummer 171):**

In der Leistungsbeschreibung zu BEMA-Nr. 172b ist die Formulierung „Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem pflegebedürftigen Versicherten“ gewählt worden. Hiermit soll deutlicher, als dies bei BEMA-Nr. 171b erfolgt ist, zum Ausdruck gebracht werden, dass der Zuschlag für jeden weiteren pflegebedürftigen Versicherten abgerechnet werden kann, der in derselben stationären Einrichtung in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 172a aufgesucht wird. Diese sprachliche Schärfung ist auch bei der BEMA-Nr. 171b nachvollzogen worden.

**Zu VI. (Einführung der Gebührennummern 181 und 182):**

Mit den Gebührennummern 181 und 182 wird die bislang der GOÄ entlehene Gebührennummer 60 für die konsiliarische Erörterung in den BEMA überführt. Im Zuge dessen werden zwei getrennte Gebühren eingeführt, eine allgemeine (Nummer 181) sowie eine spezielle für konsiliarische Erörterungen im Rahmen von Kooperationsverträgen im Sinne der §§ 87 Abs. 2j, 119b Abs. 1 SGB V (Nummer 182). Bereits in der Leistungsbeschreibung zu Nummer 182, aber auch in den dortigen Abrech-

nungsbestimmungen wird deutlich herausgestellt, dass die Gebühr nach Nummer 182 nur für pflegebedürftige Versicherte abrechenbar ist, 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. Die Differenzierung in zwei getrennte Gebührennummern wird im Hinblick auf die inhaltlichen Besonderheiten der zahnärztlichen Betreuung im Rahmen der genannten Kooperationsverträge für sachdienlich erachtet. Denn beispielsweise kann die für die Abrechenbarkeit konsiliarischer Erörterungen im Allgemeinen aufgestellte Voraussetzung, dass sich der Zahnarzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat, im Rahmen der vertraglich basierten Kooperationen nicht gesehen werden.

#### **Zu I. bis VI.: Bewertungszahlen**

Der Bewertungsausschuss ist bei der Festlegung der Bewertungszahlen davon ausgegangen, dass den Abrechnungen der neu formulierten Leistungen 151 bis 155, 171a, 171b, 172a, 172b, 172c, 172d, 181 und 182 der jeweils gesamtvertraglich vereinbarte KCH-Punktwert zu Grunde gelegt wird.

#### **Zu VII. (Änderung der allgemeinen Bestimmungen):**

Als Folge der Überführung der konsiliarischen Erörterung in den BEMA ist der pauschale Verweis in Ziffer 3 der allgemeinen Bestimmungen auf den Abschnitt B IV der GOÄ zu korrigieren. Hiermit wird sichergestellt, dass die bisher abzurechnende GOÄ-Nr. 60 nicht mehr herangezogen werden kann und insoweit Doppelabrechnungen vermieden werden.

\*\*\*\*\*

Köln, Berlin .....

-----  
Dr. Wolfgang Eßer  
Mitglied des Bewertungsausschusses

-----  
Dr. Doris Pfeiffer  
Mitglied des Bewertungsausschusses

-----  
Dr. Jürgen Fedderwitz  
Mitglied des Bewertungsausschusses

-----  
Johann-Magnus von Stackelberg  
Mitglied des Bewertungsausschusses

-----  
Dr. Günther E. Buchholz  
Mitglied des Bewertungsausschusses

-----  
Gernot Kiefer  
Mitglied des Bewertungsausschusses