

Anlage 1

zum Vertrag zur ambulanten zahnärztlichen Versorgung gem. § 73c SGB V (besondere Versorgungsformen)

Ziel:

Die Zahnerhaltung steht im Vordergrund der Zahnbehandlung. Durch individuelle Zusatzleistungen soll dieses Ziel erreicht werden. Wissenschaftlich ist bewiesen, dass neben der täglichen Zahnpflege die professionelle Zahnreinigung durch Fachkräfte als wirksame Vorbeugungsmaßnahme gilt. Auch werden durch Ergänzungen der im Vertrag genannten Behandlungsrichtlinien Maßnahmen zur Zahnerhaltung eingeleitet und Zahnverlust wird vermieden.

Zusatzleistungen:

1. Professionelle Zahnreinigung

Leistungsbeschreibung wie in der GOZ 2012

- (1) Inspektion der Zähne und des Zahnfleisches
- (2) Überprüfung und/oder Unterweisung in der häuslichen Mundhygiene, ggfls. mitspeziellen Maßnahmen (z.B. Anfärben von Belägen)
- (3) gründliche Zahnreinigung (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und der Zahnzwischenräume, Entfernung des Biofilms
- (4) Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten und speziellen Polierern
- (5) ggf. Fluoridierung der Zähne mit konzentrierten Präparaten
- (6) ggf. Kontrolle und/oder Nachbearbeitung in einer weiteren Sitzung

Voraussetzung: der Versicherte hat das 18te Lebensjahr vollendet

Ziel: Beseitigung des Biofilms zur Unterstützung des Therapieerfolges.
Patient wird motiviert

Zuschuss: einmal im Kalenderjahr 60% des Rechnungsbetrages nach dem 2,3fach Satz der GOZ, jedoch max. 65,00 Euro. Bei Rechnungsbeträgen bis zu 50 Euro übernimmt die Krankenkasse den Gesamtbetrag. Es gilt die Übersicht am Schluss des Dokumentes.

Bei durchgeführter systematischer PAR-Behandlung als Vertragsleistung werden in dem Kalenderjahr, in welchem die PAR-Behandlung erfolgt, sowie dem nachfolgenden Kalenderjahr insgesamt bis zu drei PZR bezuschusst.

2. Bestimmung von parodontalen Leitkeimen als Poolprobe (für bis zu fünf Keimarten)

Ziel: Ausräumung oder Bestätigung des Verdachts auf infektiöse Parodontitis unter Beteiligung von aggressiven Leitkeimen zur Einleitung eines effizienten Behandlungsablaufs.

1. Erläuterung der Entstehung infektiöser Zahnbetterkrankungen und Hinweis auf die Möglichkeit, dass hier eine Infektion vorliegt, die nachgewiesen werden kann.
2. Aufklärung über mögliche Kosten (Kostenplanaufstellung)
3. Entnahme der Poolprobe nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, also z.B. Keimreduktion, Wartezeit, um maskierte Keime aus der Gingiva heraus zu lösen, bevor die Poolprobe entnommen wird.
4. Labordiagnostik

5. Besprechung der Ergebnisse und Therapievorschlag, gegebenenfalls unter Einbeziehung anderer im Haushalt lebender Personen.

Zuschuss: 100,00 Euro (frühestens nach 36 Monaten löst eine Folgeuntersuchung einen erneuten Zuschuss aus.)

3. Die Versiegelung von kariesfreien Fissuren

wird bis zum vollendeten 18ten Lebensjahr auch bei Prämolaren von der Krankenkasse als Vertragsleistung nach BEMA 2004 gewährt.

4. Laborgefertigte Füllungen (Inlays), zwei, drei- und mehrflächig, bei vorhandenen Metallrestorationen, verbunden mit einer fünfjährigen Gewährleistung

Ziel: Vermeidung von Zahnersatz und Vermeidung von Reizungen des Parodontiums durch eine plastische Füllung

Zuschuss: 180 Euro pro Zahn, höchstens 540 € pro Jahr

Aufgrund der Limitierung des Zuschusses auf maximal 540 Euro pro Jahr entfällt die vorherige Beantragung des Zuschusses bei der Krankenkasse.

5. Die Behandlung von wurzeltoten Zähnen

ist bis zum Zahn 7 zuschussfähig, wenn alle röntgensichtbaren Wurzelkanäle richtlinienkonform abgefüllt werden können und dadurch Zahnverlust vermieden wird oder Zahnersatz in geringerem Maße anfällt.

Ziel: Qualitätsverbesserung und minimal invasive Behandlung

Abrechnung: Die erbrachten Leistungen werden nach BEMA 2004 als Sachleistungen abgerechnet. Weitere Leistungen zur Qualitätsverbesserung der Wurzelbehandlung können vor Behandlungsbeginn mit dem Versicherten vereinbart werden und sind nach der GOZ direkt mit dem Versicherten abzurechnen. Diese Regelung soll eine Behandlung z.B. wie bei der Füllungstherapie nach der Mehrkostenregelung ermöglichen, so dass ohne die sonst notwendige räumliche oder zeitliche Trennung der privaten und der Vertragsleistungen Behandlungen möglich sind, ohne dass der Versicherte seinen Anspruch auf die Übernahme der Sachleistung durch die Krankenkasse verliert. Die Behandlungen sind so zu dokumentieren, dass Sachleistungen und Privatleistungen zur Erhöhung der Transparenz gegebenenfalls auf der Privatliquidation mit aufgeführt bzw. in Abzug gebracht werden.

6. Eine Dreiviertelkrone

ist zuschussfähig, wenn dadurch ein gingivaler Kontakt zum Zahnbett vermieden wird, auch wenn bei einem Prämolaren ein oder beim Molaren ein oder zwei Höcker des zu überkronenden Zahnes nicht umfasst werden.

Ziel: Qualitätsverbesserung und minimal invasive Behandlung

Abrechnung: über das Formblatt Heil- und Kostenplan
Die Richtlinien für die Indikation von Kronen bleiben ansonsten unberührt

7. Teleskopkronen

werden auch bezuschusst, wenn Prämolaren oder Molaren im Kiefer vorhanden sind und / oder sie die Teleskope tragen sollen und dadurch die Abstützung der Prothese zahnschonend in Richtung der natürlichen Zahnachse im Kiefer vorgenommen werden kann. Es werden bis zu drei Teleskopkronen bezuschusst, wenn dadurch eine Dreh-Kippbewegung der Prothese vermieden wird, unabhängig von der Anzahl der noch vorhandenen Zähne im Kiefer.

Ziel: Physiologische Abstützung des Zahnersatzes in Richtung der Zahnachse zur Schonung und längeren Gesunderhaltung des Zahnhalteapparates. Vermeidung von Dreh- und Kippbewegungen mit der Gefahr der Zahnlockerung.

Abrechnung: Die Zuschusshöhe entspricht dem Festzuschuss, der für eine Teleskopkrone innerhalb der Regelversorgung gewährt würde. Die Planung erfolgt wie bisher außerhalb der Regelversorgung in der Therapieplanung. Auf dem Heil- und Kostenplan werden die Festzuschüsse für die Teleskopkronen zur Zuschussfestsetzung angezeigt und von der Krankenkasse gewährt.

8. Die Entfernung von harten Zahnbelägen nach Pos. 107 BEMA 2004 wird bis zu zweimal pro Jahr bezuschusst.

Ziel: Sicherung und Erhaltung des Therapieerfolges

Abrechnung: nach Bema 2004

9. Einschreibung des Patienten

Für jeden eingeschriebenen Patienten wird als pauschaler Auslagenersatz für die organisatorische Abwicklung und Information des Patienten und der Krankenkasse einmalig zu Beginn der Einschreibung ein Betrag von 10,00 € von der Krankenkasse gezahlt.

Obige Neufassung der Anlage 1 gilt für alle teilnehmenden Krankenkassen und Zahnärzte ab dem 01.Juli 2019.

Minden, den 14.09.2019

gez. Kauke
Vorstand BKK Melitta Plus

gez. Dr. Kromer
ZAG-WL eG