

**Änderungsvereinbarung zum Kooperationsvertrag  
vom ..... (basierend auf dem Mustervertrag der KZVB)**

**Präambel:**

Die KZBV und der GKV Spitzenverband haben am 06.11.2019 die Rahmenvereinbarung zur kooperativen zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von gesetzlichen Krankenversicherten in stationären Pflegeeinrichtungen überarbeitet. Insbesondere wurden die Aufgaben der Kooperationszahnärzte neu formuliert sowie an die erweiterten Leistungen gem. § 22a SGB V und BEMA-Nrn. 174a, 174b am 06.11.2019 angepasst (Anlage 12 zum BMV-Z). Nachdem sich die neuen Vorgaben der Rahmenvereinbarung inhaltlich in den Bestimmungen des Kooperationsvertrages wiederfinden müssen, werden folgende Änderungen des Kooperationsvertrages vom.....

**zwischen**

---

[Pflegeeinrichtung, Name, Anschrift, vertreten durch ...], im Folgenden „Pflegeeinrichtung“

**und**

---

[Vertragszahnarzt, Name, Anschrift, Abr.-Nr.], im Folgenden „Kooperationszahnarzt“

**vereinbart:**

**1. Die „Präambel“ des Kooperationsvertrages wird um Satz 5 erweitert wie folgt:**

„Die Organisation der zahnärztlichen Versorgung ist gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung unter angemessener Berücksichtigung der betrieblichen Abläufe und personellen Ressourcen in der Pflegeeinrichtung auszugestalten.“

**2. Die in § 3 geregelten „ Aufgaben des Kooperationszahnarztes“ werden geändert wie folgt:**

**2.1. Die unter § 3 Abs.1 „Diagnostik“ enthaltene Nr.2 wird gestrichen und ersetzt wie folgt:**

„2. Bis zu zweimal jährlich: Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten, dabei Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs. Die zahnärztliche Untersuchung wird im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 ff. SGB V bestätigt.“

**2.2. Die unter § 3 Abs.1 „Diagnostik“ enthaltene Nr. 3 und Nr. 4 wird gestrichen und ersetzt wie folgt:**

„Präventionsmaßnahmen, weitere Maßnahmen und zahnärztliche Fortbildung“

„3. Bis zu zweimal jährlich: Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan, dabei Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, Angabe der gegenüber dem Versicherten und ggf. der Pflegepersonen 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, Angabe der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel, Angabe, ob die Maßnahmen von dem Versicherten

selbst, mit Unterstützung durch die Pflegeperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind, Angaben 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 Pflegepersonen berücksichtigt. Der Mundgesundheitsstatus und der individuelle Mundgesundheitsplan werden in den Vordruck nach Anlage 2 (Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z) eingetragen. Pflegepersonen können diesen mit Zustimmung des Versicherten als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.

4. Bis zu zweimal jährlich: Mundgesundheitsaufklärung, dabei Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans, Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleischs 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 Pflegepersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren. Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für den Versicherten sowie ggf. für die Pflegeperson verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise. Soweit der Versicherte oder dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflegepersonen zu konzentrieren bzw. gegebenenfalls zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflegepersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.

5. An den Zähnen und am Zahnersatz sollen nach Möglichkeit alle natürlichen bzw. iatrogenen Reizfaktoren beseitigt werden. Bei Behandlungsbedürftigen zahnärztlichen Befunden soll zeitnah eine Behandlung erfolgen oder auf diese hingewirkt werden; hierzu erfolgt gegebenenfalls eine Empfehlung oder Überweisung. Die Durchführung von empfohlenen oder veranlassten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung festgestellt.

6. Bis zu zweimal jährlich: Entfernen harter Zahnbeläge.“

2.3. Die unter § 3 Abs.1 „Information, Kooperation und Koordination“ enthaltenen Nr.5-7 werden umbenannt **in Nr. 7-9.**

2.4. Die unter § 3 Abs.1 „Therapie“ enthaltene Nr.8 wird zu Nr.10

Die übrigen Regelungen des Kooperationsvertrages vom ... bleiben unberührt.

Es wird das bisherige Formblatt gem. Anlage 1 im Sinne des § 3 des Kooperationsvertrages der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Erfassung des Mundgesundheitsstatus ersetzt durch den Vordruck nach **Anlage 2 (Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z).**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Pflegeeinrichtung)

\_\_\_\_\_  
(Vertragszahnarzt / ärzte)

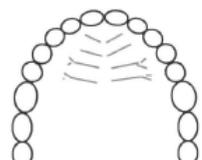
Name

Anschrift

vertreten durch:

**Vordruck 10: Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen**  
(Anlage 2 der Anlage 12 zum BMV-Z, auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Gültig ab 07.11.2019

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
<b>Status</b>  <b>Befund/Versorgung</b> Oberkiefer <span style="margin-left: 100px;">rechts</span> <span style="margin-left: 100px;">links</span> Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">rechts</span> <span style="margin-left: 100px;">links</span> Beläge links <input type="checkbox"/>  Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein	<b>Mundgesundheitsplan</b>  <b>Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege</b> Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> <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) 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>Koordination</b>  <b>Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit</b> Bewohner <input type="checkbox"/> 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>Wo soll Behandlung erfolgen</b> Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-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>
<b>Zustand Pflege</b> Zähne <span style="margin-left: 100px;">😊</span> <span style="margin-left: 100px;">😐</span> <span style="margin-left: 100px;">😞</span> <hr/> Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch <span style="margin-left: 100px;">😊</span> <span style="margin-left: 100px;">😐</span> <span style="margin-left: 100px;">😞</span> <hr/> Zahnersatz <span style="margin-left: 100px;">😊</span> <span style="margin-left: 100px;">😐</span> <span style="margin-left: 100px;">😞</span>		
* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt		

Originalgröße: DIN A4 quer