

# Ausfüllhinweise zur Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V *Entwurf, Stand 21.06.2021*

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p>geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status</p> <p>Abrechnungs-Nr.    Zahnarzt-Nr.    Datum</p>	<p>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B.V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</p> <p>vom</p>																		
<p><b>Begründung:</b></p> <p><input type="checkbox"/> → Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene</p> <p><input type="checkbox"/> → Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> → Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> → Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST ≥ 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p> <p><b>Folgende Leistungen werden angezeigt:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Geb.-Nr.</th> <th>Zahnangabe</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT-a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT-b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CPT-a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CPT-b</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4			AIT-a			AIT-b			CPT-a			CPT-b		
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																	
4																			
AIT-a																			
AIT-b																			
CPT-a																			
CPT-b																			
<p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <p>Platzierung und Maße des Unterschriftenfelds gemäß Anlage 14b BMV-Z</p>																			

## 1. Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V [...] vom \_\_\_\_\_

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind, und für Versicherte mit Behinderungen, die Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX beziehen, Leistungen in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Behandlung einer Parodontitis festgelegt. Die Leistungen ermöglichen eine niedrigschwellige Behandlung, wenn eine systematische Behandlung der Parodontitis, wie sie in den PAR-Richtlinien geregelt ist, nicht möglich ist. Die Behandlung ist nicht genehmigungspflichtig, muss aber der Krankenkasse angezeigt werden.

Folgende Voraussetzungen müssen für die Anzeige der Behandlung erfüllt sein:

- Der bzw. die Versicherte gehört dem betreffenden Personenkreis an (die Anspruchsberechtigung der Person sollte vom Zahnarzt bzw. der Zahnärztin in der Patientenakte dokumentiert werden).
- Es wurde die Diagnose der Parodontitis gestellt.
- Es liegt mindestens einer der in der Behandlungsrichtlinie genannten Gründe vor, warum eine systematische PAR-Behandlung nicht möglich ist.

Im Datumsfeld ist das Datum anzugeben, zu dem das Formular „Anzeige“ ausgefüllt wird.

## 2. Begründung

In der Behandlungsrichtlinie sind drei mögliche Gründe aufgeführt, warum eine den PAR-Richtlinien entsprechende systematische PAR-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V nicht möglich sein kann:

- eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Mundhygiene
- eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
- Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig

Im Abschnitt „Begründung“ ist das Kriterium „Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig“ zweimal aufgeführt: einmal für das übliche geschlossene Vorgehen (antiinfektiöse Therapie, AIT), einmal für den Ausnahmefall des offenen Vorgehens (chirurgische Therapie, CPT). Die CPT kommt bei diesen Versicherten nur in Betracht, wenn sie in Allgemeinnarkose behandelt werden müssen und eine Sondierungstiefe (ST) von 6 mm oder mehr gemessen wird. Die CPT wird dann anstelle der AIT durchgeführt. Daraus ergibt sich, dass – anders als bei der systematischen Behandlung – dem offenen kein geschlossenes Vorgehen vorausgeht. Damit besteht für diese Versicherten der Vorteil, dass Zähne, bei denen eine AIT ausreicht und Zähne, bei denen die CPT erforderlich ist, in einer Sitzung behandelt werden können, wodurch eine erneute Allgemeinnarkose vermieden wird.

Mindestens einer der im Abschnitt „Begründung“ aufgeführten Gründe muss vorliegen, um die modifizierte PAR-Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen zu können. Je nach Vorliegen können mehrere Gründe angekreuzt werden. Wenn im Ausnahmefall des offenen Vorgehens zeitgleich Zähne eine Behandlung mit geschlossenem Vorgehen erhalten sollen, ist sowohl die Begründung „Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen“ als auch die Begründung „Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST  $\geq$  6 mm“ anzukreuzen.

Bitte beachten Sie:

- Bei Versicherten nach § 22a SGB V, die nur unter Allgemeinnarkose behandelt werden können, schließt die Behandlungsrichtlinie eine CPT an Zähnen, die bereits eine AIT erhalten haben, aus. Soweit die CPT angezeigt ist, ist sie immer anstelle der AIT durchzuführen.
- Versicherte nach § 22a SGB V mit eingeschränkter oder fehlender Mundhygiene- oder Kooperationsfähigkeit, die nicht einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, haben, soweit für sie Leistungen nach diesem Formblatt angezeigt werden, keinen Anspruch auf CPT.

## 3. Anzuzeigende Leistungen

In der Tabelle sind die nach BEMA planbaren Gebührennummern vorgegeben.

In der Zeile der BEMA-Nr. „4“ ist die Anzahl mit 1 anzugeben. Bitte beachten Sie, dass nach Abschnitt B V., Ziffer 2 a) der Behandlungsrichtlinie Anamnese, Befund und Diagnose nach § 3 der PAR-Richtlinie die Grundlage für die Therapie darstellen und möglichst vollständig zu erheben sind. Auch die Befunderhebung muss so weit gehen, wie es möglich ist; Mindestvoraussetzung ist die Erhebung von Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal).

In den Zeilen „AIT a“ und „AIT b“ sind die betreffenden Zähne und die Anzahl der Leistungen anzugeben.

In den Zeilen „CPT a“ und „CPT b“ sind die betreffenden Zähne und die Anzahl der Leistungen anzugeben.

Ggf. weitere zahnärztliche Leistungen (BEMA Nrn. 108 und 111) sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Die Leistungen sind in der Anzahl abrechnungsfähig, in der sie erbracht wurden.

#### **4. Datum, Unterschrift und Stempel**

Das Formular ist im dafür vorgesehenen Feld mit Datum, Unterschrift und Stempelabdruck zu versehen.