

Ausfüllhinweise zur Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnung-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<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>Begründung:</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 \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p> <p>Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 60%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 25%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">-----</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> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4	-----		AIT a			AIT b			CPT a			CPT b		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																		
Name, Vorname des Versicherten																																		
		geb. am																																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																																
4	-----																																	
AIT a																																		
AIT b																																		
CPT a																																		
CPT b																																		

Vordr. 56 (2005, 07/2011), SCHÜTZES/CK, Tel. 0411/32 75 144, www.kv-niederrhein.de

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 oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, Leistungen in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Behandlung einer Parodontitis festgelegt,

die anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie erbracht werden können. Die Leistungen ermöglichen eine niedrigschwellige Behandlung, wenn eine systematische Behandlung der Parodontitis, wie sie in der PAR-Richtlinie geregelt ist, nicht möglich ist. Die Behandlung ist nicht genehmigungspflichtig, sie muss aber der Krankenkasse angezeigt werden.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Versicherte ist einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet oder erhält Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX (die Anspruchsberechtigung sollte vom Zahnarzt in der Patientenakte dokumentiert werden.)
- Bei dem Versicherten ist die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene oder die Kooperationsfähigkeit eingeschränkt oder nicht gegeben oder es besteht die Notwendigkeit der Behandlung in Allgemeinnarkose
- Es liegen Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr vor

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

2. Begründung

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.

Nach Abschnitt B V Nr. 2 b der Behandlungsrichtlinie kann bei Versicherten, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, in Ausnahmefällen an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr anstelle der antiinfektiösen Therapie eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) erfolgen.

Daraus ergibt sich, dass – anders als bei der systematischen Behandlung – dem offenen kein geschlossenes Vorgehen vorausgeht. Damit können unterschiedliche Zähne in derselben Sitzung je nach Indikation im Wege einer AIT bzw. im Wege einer CPT behandelt werden, sodass eine erneute Allgemeinnarkose vermieden wird. Die CPT ist bezogen auf einen Zahn immer anstelle der AIT durchzuführen, nicht zusätzlich zu dieser.

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.

Versicherte nach § 22a SGB V mit eingeschränkter oder fehlender Mundhygiene- oder Kooperationsfähigkeit, die nicht einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, haben, sofern für sie nach dem Formular „Anzeige“ Leistungen außerhalb der systematischen PAR-Therapie angezeigt werden, keinen Anspruch auf eine CPT.

3. Anzuzeigende Leistungen

In den Zeilen „AIT a“ und „AIT b“ sowie „CPT a“ und „CPT b“ sind die betreffenden Zähne und die Anzahl der Leistungen anzugeben. Es ist möglich, Zahngebiete mit Bindestrichen anzugeben.

Weitere zahnärztliche Leistungen wie die BEMA Nrn. 108 und 111 sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Diese 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.