



KASSENZAHNÄRZTLICHE
VEREINIGUNG BERLIN



Krakenimages.com/AdobeStock

Herzlich willkommen zum Workshop am 29. April 2024

„Behandlung von behinderten Menschen unter ITN“

Narkosen bei zahnärztlichen Eingriffen – Neuregelung seit 2007

Anwendung der Narkose-Richtlinie in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind nur medizinisch notwendige Narkosen zu veranlassen:

„Eine zentrale Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung gehört dann zur Leistungspflicht der GKV, wenn im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die Leistung ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen.“

Welche Patienten gehören zur ITNB?

Patienten mit folgenden Behinderungen (Indikationen) werden häufig unter ambulanter Vollnarkose (ITN) behandelt:

- Intelligenzminderung
 - (senile) Demenzen
 - schizophrene Störungen
 - Manie mit psychosomatischen Symptomen
 - bipolare affektive Störungen (manisch-depressive Erkrankung oder auch bipolare Störung)
 - Verhaltensstörung (Stereotypien)
 - Bewegungsstereotypien
 - hirnorganisches Psychosyndrom
- Autismus
 - Stoffwechselstörungen, z. B. Phenylketonurie, Galaktosämie)
 - Chromosomale Aberrationen (Anomalie der Struktur/Anzahl von Chromosomen eines Genoms)
 - Multiple Sklerose
 - Parkinson Syndrom
 - Anfallsleiden (zerebrale Krampfanfälle)
 - Ankylose (vollständige Gelenksteife)

Diese Patienten erhalten einen Pflegegrad gem. § 15 SGB XI o. eine Eingliederungshilfe gem. § 99 SGB IX

BEMA-Nr. 181

Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| a) persönlich oder fernmündlich | 14 Punkte |
| b) im Rahmen eines Telekonsils | 16 Punkte |

Ein Konsil ist eine Erörterung von mehreren (Zahn-)Ärzten in einem Krankheitsfall.

Beispiel:

Befundbesprechung der Patienten (Blutwerte, Medikamente, Einschränkungen wegen der Behinderung usw.) vor dem ITN-Tag zwischen Zahnarzt/in (Oral-/MKG-Chirurg) und dem Anästhesisten/in.

Routinemäßige Besprechungen vor einem ITN-Tag zählen nicht als Konsil.

Mehraufwand für die Praxis

- Terminvergabe und sonstiger Kontakt sollte nicht über Call-Center oder Doctolib laufen
- deutlich höherer Personalaufwand
- Personal erhält Verfahrensanweisung/Schulung über Ablauf von A-Z
- Krankentransport organisieren und ggf. verordnen



© Trueffelpix - Fotolia.com



Mehraufwand für die Praxis

- ZA und Anästhesist müssen vorab aufklärendes Gespräch mit Angehörigen/Betreuern wegen zahnärztlicher Behandlung/ITN führen.
- Gut strukturierter Zeitplan für ZA-und Anästhesisten-Team erstellen (*Behandlung dauert länger*).
- Längere Aufwachphase einplanen (sind entsprechende Räumlichkeiten vor Ort?)
- Wer übernimmt die Überwachung und Betreuung des Patienten?

Mehraufwand für die Praxis

- Entlassung des Patienten organisieren= Betreuungsperson über weiteren Verlauf aufklären (optimal wäre schriftlich mitgeben), eRezept/Medikament aushändigen, Nachkontrolltermin vereinbaren, Krankentransport.
- Nicht behinderte Patienten sollten evtl. an diesem Tag **nicht** einbestellt werden (*Abneigung/Abwertung von behinderten Menschen*)

Krankentransport

§ 6 (3) **Krankentransporte** zur ambulanten Behandlung bedürfen der **vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.**

Krankenfahrten

§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung - **ohne** vorherige Genehmigung



(3) ¹Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. ²Die Verordnungs-voraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind.

(4) Eine Verordnung von Fahrten zur ambulanten Behandlung ist auch für Versicherte möglich, die keinen Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 besitzen, wenn diese von einer den Kriterien von Absatz 3 Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

(5) ¹Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. ²Fahrten, für die ein zwingender medizinischer Grund nicht vorliegt, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind keine Krankenkassenleistung.

(6) ¹Krankenfahrten nach dieser Vorschrift bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. ²Für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung nach Absatz 3 gilt die Genehmigung gemäß § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V als erteilt.



Webcode: W00252

Verordnung erfolgt über
„Muster 4“

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung einer Krankenförderung 4	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)
			<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	
1. Grund der Beförderung				
Genehmigungsfreie Fahrten				
a)	<input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung		
b)	<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)			
c)	<input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____			
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)				
d)	<input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)		
e)	<input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)			
f)	<input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)			
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte				
vom/am	TTNNMJJJ	/	x pro Woche, bis voraussichtlich TTMM	

Kennzeichnung der Abrechnung mit „ITNB“

KCH-Erfassung

0 gelöscht. 2 von 7

Name der Kasse: AOK Nordost KZV: 0 W

Erfassungsschein

Notfall (F4) Unfall (F5) Quartal: 4 2023 Lfd. Nr.: 99
 bes. Personengruppe (F6): 1 4 2023
 Mfr: 1 M EGKO: 2 (-) 4 23

Punktwerte (F12)

KONS: 12059 IP-Neu: 13217 KNB: 12147
 Heim: 0 (F3) Vwk: 0

Datum	Zahn	Leistung	Bemerkungen
TT MM			
07 12		7700	
		Ä1 Ber	
	37	23 EKr	
	37	12 bMF	
	36	56a Zy1	
	36	45 X3	
	36	37 Nb12	
	36	41a L1	
	43	23 EKr	

Datum	Zahn	Leistung	Bemerkungen
TT MM			
	47	13a F1	2 o
	47	12 bMF	
	47	25 Cp	
	47	41a L1	5 ze

Praxis> Praxis am 27.12.2023 06:54:10
ITNB.

Feld „KZV-interne Mitteilung- fallbezogen“

Sonderregelung für „vulnerable Gruppen“

**Behandlung von Parodontitis bei
Versicherten nach § 22a SGB V
außerhalb der
systematischen Behandlung**



© Kzenon - Fotolia.com.JPG



Pflegebedürftige und **Menschen mit Behinderung**

Vorteile:

- PAR-Behandlung durch niedrigschwelligen Zugang für Behandlungen außerhalb systematischer PAR-Behandlung möglich
- Eine Anzeige bei der Krankenkasse über EBZ ist ausreichend

Vordruck 5e - Anzeige einer Behandlung nach § 22a SGB V über EBZ

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten: _____ oeb. am _____

Kostenüberkennung: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Abrechnung-Nr.: _____ Zahnarzt-Nr.: _____ Datum: _____

Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie

vom _____

Begründung:

Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene

Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit

Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen

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)

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl
4	-----	
AIT a		
AIT b		
CPT a		
CPT b		

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Vordr. 5e (2014-07-20) B0072022, v. 01/15/21, www.kdöR.de

Begründung:

- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene
- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
- Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen
- 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)

Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten.

Besondere Kennzeichnung der Fälle § 22a SGB V

Patienten müssen nach Pflegegrad/Eingliederungshilfe befragt werden, denn die PAR-Leistungen sind unbudgetiert.

Die PVS-Hersteller haben im PAR-Abrechnungsmodul Version 4.8 (2023) auf Fallebene das neue Feld: „Kennzeichen Par. 22a“ zur Verfügung gestellt.

In diesem Feld erfolgt bei der Behandlung von Versicherten gemäß § 22a SGB V zur Differenzierung eine der nachfolgenden Angaben:

- "P" für Pflegegrad nach § 15 SGB XI
- "E" für Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX
- **"S" für Behandlung außerhalb der systematischen PAR-Rili** (verkürzte Behandlungsstrecke)

Somit entfällt die Übermittlung der Angaben „P“ und „E“ im Feld „KZV-interne Mitteilung fallbezogen“.

Anamnese, Befund und Diagnose

Grundlage der Therapieentscheidung:

- Erhebung von Anamnese, Befund und Diagnose nach § 3 PAR-Richtlinie (Blatt1), sofern dies aufgrund der individuellen Situation der Versicherten möglich ist.
- PAR-Rili, § 3,(6): **Mundgesundheitsplan soll in die Planung der Therapie einbezogen** werden:

(6) Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, soll der Dokumentationsbogen gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) in die Planung der Therapie einbezogen werden.

Mundgesundheitsplan – BEMA-Nr. 174a und 174b

174 a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan

20 Pkt.

174 b) Mundgesundheitsaufklärung



26 Pkt.

Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

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 30.09.2020

- Vordruck 10
- einmal je Kalenderhalbjahr abrechenbar
- am selben Tag **nicht neben:**
IP1, IP2, FU1, FU2, MHU, UPT a und UPT b

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen (auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)		
Vorname Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status	Mundgesundheitsplan	Koordination
Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasen ein. 	Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* 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) <input type="checkbox"/> Fluoridlack (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> 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 _____	Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. 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 _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Anderenorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankerfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinstimmung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____
Zustand Pflege Zähne ☺ ☹ ☹ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch ☺ ☹ ☹ Zahnersatz ☺ ☹ ☹	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnerkrankung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

Originalgröße: DIN A4 quer

Behandlung und Nachsorge § 22a SGB V vulnerable Patienten

für die Dauer von zwei Jahren

- Anzeige der Behandlung nach § 22a erfolgt über Vordruck 5e
- Nachsorge erfolgt 3-6 Monate nach AIT/CPT
- einmal je Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von 5 Monaten
- UPT-Strecke beläuft sich über zwei Jahre

4 Planung

AIT a/b Antiinfektiöse Therapie,
ggf. CPT a/b bei Behandlung unter ITN

111 Nachbehandlung

108 Einschleifen des nat. Gebisses



UPT c)

Supragingivale und
gingivale Reinigung **aller**
Zähne

- von anhaftenden Biofilmen
und Belegen



UPT d)

Messung von
Sondierungsbluten
und -tiefen

- an zwei Stellen pro Zahn
(mesio- und distoapproximal)



UPT e) und f)

Subgingivale
Instrumentierung

- an den betroffenen Zähnen
mit ST \geq 4 mm und SB
sowie ST \geq 5 mm

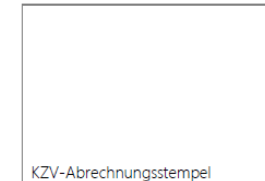
Antrag auf Härtefall gemäß § 5 HVM

ANTRAG HÄRTEFALL



KZV Berlin
Vorstand
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

E-Mail: vorstand@kzv-berlin.de
Fax: 030 89004-46136



Antrag auf Härtefall gem. § 5 HVM der KZV Berlin für 2024

Sehr geehrter Vorstand,

bis Anfang des Jahres 2024 erfolgte die zahnmedizinische Behandlung schwer behinderter Menschen unter Vollnarkose (ITNB) überwiegend am Klinikum Neukölln, wobei diese von einem hohen Betreuungs- und Behandlungsaufwand geprägt ist.

Aufgrund der Schließung der zentralen Anlaufstelle hat/wird unsere Zahnarztpraxis einen Teil dieses Patientenkontexts übernommen/übernehmen und zahnmedizinisch versorgt/versorgen.

In diesem Zusammenhang mit der zahnmedizinischen Behandlung von schwer behinderter Menschen unter Vollnarkose, stellen wir nach § 5 des HVM der KZV Berlin einen Antrag auf einen besonderen Härtefall, hinsichtlich der Anwendung der Anlagen 1 und 2, mit der Bitte um abweichende Einzelfallregelung.

_____ Datum

_____ Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin

Checkliste Dokumentation

Webcode: W00471

Checkliste Dokumentation

Gesetzliche Grundlagen:

- Patientenrechtegesetz § 630 f BGB
- Berufsordnung der Zahnärztekammer Berlin, § 7 Absatz 1
- Bundesmantelvertrag Zahnärzte, § 8 Absatz 3
- Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, § 295 Absatz 1

Die Aufzeichnungen sind zeitnah zu erstellen. Eine sorgfältige Dokumentation hilft, Therapieentscheidungen und die Umstände einer Behandlung jederzeit nachzuvollziehen. Sie hat den Beweiswert einer Urkunde und wird vor Gericht in der Regel nicht angezweifelt.

Inhalte der zahnmedizinischen Dokumentation:

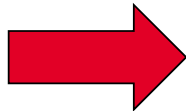
- Behandlungsdatum, ggf. mit Uhrzeit (z.B. Unfälle)
- Behandler, ggf. Assistenz
- Anamnese (allgemeine Anamnese meist als Fragebogen, spezielle Anamnese als Notiz)
- Klinischer Befund
- Röntgenaufnahmen und deren Auswertung
- Diagnosen
- Patientenaufklärung (Befunde, Diagnose, Therapieoptionen, Risiken, Kosten, Dauer, etc.)
- Therapieentscheidung und Einwilligung des Patienten
- Konkrete Behandlungsmaßnahmen
- Zahnangaben
- Gebührennummer und ggf. Anzahl
- Verwendete Materialien und Medikamente
- Abweichungen vom regulären Behandlungsverlauf, Besonderheiten, Komplikationen inkl. Aufklärung des Patienten
- Rezepte, Verordnungen, Überweisungen, besondere Hinweise und Empfehlungen
- Wichtige Äußerungen des Patienten (Wünsche, Ängste, sonstige Kommentare)

Zusätzlich als Teil der Patientenakte:

- Anamnesebogen
- Datenschutzerklärung
- Einverständnis zur Abrechnung über Factoring-Unternehmen
- Röntgenaufnahmen
- Kostenpläne
- Mehrkostenvereinbarungen
- Korrespondenz und Telefonate mit dem Patienten und den Kostenträgern
- Arztbriefe
- Fremdkostenbelege
- Rechnungen

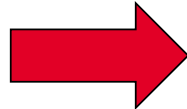
Alle Infos auf KZV-Berlin.de unter Webcode/Hotline:

Narkose



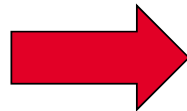
Webcode: **W00255** / Hotline: **89004-401**

Dokumentation



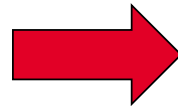
Webcode: **W00471** / Hotline: **89004-401**

HVM

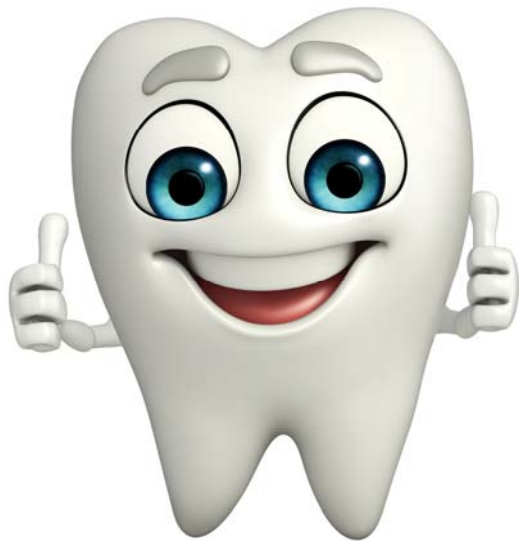


Webcode: **W00156** / Hotline: **89004-422**

PAR- § 22a



Webcode: **W00496** / Hotline: **89004-404**



pixdesign123 | Fotolia.com

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.
Jetzt ist Zeit für weitere Fragen.**