



Spitzenverband

Niederschrift

**über die Fachkonferenz
Leistungs- und Beziehungsrecht**

**am 08.09.2021 in Berlin
per Microsoft Teams**



Inhaltsübersicht:	<u>Seite</u>
1. § 17 SGB V – Leistungen bei Beschäftigung im Ausland; hier: Änderungen durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)	5
2. § 19 SGB V – Erlöschen des Leistungsanspruchs; hier: Leistungsabgrenzung bei Wechsel der Krankenkasse – Neuregelung bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen ab dem 01.07.2021	9
3. § 38 SGB V – Haushaltshilfe; hier: Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bei einem in Haushalt lebenden Kind	13



- nicht besetzt -



Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 08.09.2021 in Berlin

1. **§ 17 SGB V – Leistungen bei Beschäftigung im Ausland;**
hier: **Änderungen durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

Sachstand:

Gemäß § 17 Abs. 1 SGB V erhalten Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken, Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V von ihrem Arbeitgeber. Dies gilt entsprechend für die nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen. Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm nach § 17 Abs. 1 SGB V entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Inland entstanden wären (vgl. § 17 Abs. 2 SGB V).

Im Rahmen des GVWG wurden nunmehr zwei gesetzliche Änderungen vollzogen, auf die im Folgenden eingegangen wird.

1. Der anspruchsberechtigte Personenkreis nach § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB V wurde um Familienangehörige in Elternzeit, welche die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nur wegen der Regelung des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V nicht erfüllen, das Mitglied für die Zeit der Beschäftigung im Ausland jedoch begleiten oder besuchen, erweitert. Konkret handelt es sich um folgende Personengruppen, für die der Gesetzgeber gleichermaßen eine Schutzbedürftigkeit anerkennt:

- Versicherungspflichtige Mitglieder, deren Mitgliedschaft während der Inanspruchnahme von Elternzeit nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erhalten bleibt und die aufgrund dessen nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V von der Familienversicherung über den nach § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB V leistungsberechtigten gesetzlich versicherten Ehegatten oder Lebenspartner ausgeschlossen sind sowie



- Freiwillig versicherte Mitglieder, deren freiwillige Mitgliedschaft während der Inanspruchnahme von Elternzeit (beitragsfrei) aufrechterhalten wird, wenn ohne die freiwillige Mitgliedschaft die Voraussetzungen der Familienversicherung über den nach § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB V leistungsberechtigten gesetzlich versicherten Ehegatten oder Lebenspartner vorliegen würden.

Bisher wurde von den Verbänden der Krankenkasse auf Bundesebene und dem GKV-Spitzenverband einvernehmlich die Auffassung vertreten, dass ein Leistungsanspruch nur für die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des im Ausland beschäftigten Mitglieds besteht, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen (vgl. insofern auch die Ausführungen in der Niederschrift (Besprechungsergebnis) der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 05./06.06.2013 zum Tagesordnungspunkt 1, Anlage). Aufgrund der durch das GVWG erfolgten Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises (§ 17 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V) ist die Aussage zum generellen Leistungsausschluss von Ehegatten, die selbst Mitglied einer Krankenkasse sind und das im Ausland beschäftigte Mitglied während der Zeit der Beschäftigung besuchen oder begleiten in Bezug auf das o. g. Besprechungsergebnis anzupassen.

2. Darüber hinaus wurde in § 17 Abs. 2 SGB V ergänzt, dass die Krankenkasse des Versicherten dem Arbeitgeber die ihm in den Fällen des § 17 Abs. 1 SGB V entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten hat, in der sie ihr im Inland entstanden wären. Die Erstattungspflicht richtet sich somit gegen die jeweilige Krankenkasse des Leistungsempfängers bzw. der Leistungsempfängerin.

Die Änderung hat lediglich klarstellenden Charakter und entspricht insoweit der bisherigen Rechtsauffassung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes.

Vor dem Hintergrund einer einheitlichen Rechtsauslegung war eine Erörterung der Thematik in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.



Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer und Besprechungsteilnehmerinnen vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass die Aussage im Besprechungsergebnis vom 05./06.06.2013 zu § 17 SGB V, wonach ein Leistungsanspruch nach § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB V für Ehegatten, die selbst Mitglied einer Krankenkasse sind und das im Ausland beschäftigte Mitglied während der Zeit der Beschäftigung begleiten oder besuchen ausgeschlossen ist, nicht mehr für den durch das GVWG erweiterten Personenkreis nach § 17 Abs. 1 Satz 2 aufrechterhalten werden kann. Mit Inkrafttreten des GVWG am 20.07.2021 hat der in § 17 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V genannte Personenkreis demnach einen Anspruch auf Leistungen gemäß § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Die darüber hinaus im o. g. Besprechungsergebnis dargelegte Rechtsauffassung zu Auslegungsfragen des § 17 SGB V haben weiterhin Bestand.

Anlage



- nicht besetzt -





(Zur Veröffentlichung freigegeben)

Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 5./6. Juni 2013 in Berlin

- § 17 SGB V - Leistungen bei Beschäftigung im Ausland;
hier: Leistungsansprüche für Angehörige nach § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB V**

Sachstand:

Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken, erhalten Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V von ihrem Arbeitgeber. Dies gilt entsprechend für die nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen. Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm in diesen Fällen entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Inland entstanden wären (§ 17 Abs. 1 und 2 SGB V).

Zum Anspruch auf Leistungen für Familienangehörige des im Ausland beschäftigten Mitglieds vertraten die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem Schreiben vom 23. Juli 2001 (Anlage 1) an das Bundesministerium für Gesundheit u. a. die Auffassung, dass es unter dem Schutzzweck der Norm vertretbar wäre, den Leistungsanspruch des § 17 SGB V auch auf selbstversicherte Ehegatten auszudehnen, die den Beschäftigten während der Zeit der Beschäftigung besuchen oder ihn begleiten. Dieser Auffassung lag ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 9. März 1982 – 3 RK 64/80 – zu Grunde. In diesem hatte das BSG entschieden, dass ein Leistungsanspruch des den Beschäftigten besuchenden bzw. ihn begleitenden Ehegatten auch dann besteht, wenn der Ehegatte selbst versicherungspflichtig beschäftigt ist. Dieses Urteil erging allerdings zu den Vorgängervorschriften §§ 221 und 222 RVO, die einen Leistungsanspruch des Ehegatten weder für den Fall, dass der Ehegatte familienhilfeberechtigt im Sinne des § 205 RVO a. F. war, noch dass eine eigene Mitgliedschaft (z. B. auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung) bestand, vorsahen.

Zwischenzeitlich kam das BSG in seinem Urteil vom 28. September 2010 – B 1 KR 2/10 R – in einem Sachverhalt, in dem ein in der Krankenversicherung der Rentner versichertes Mitglied Leis-





tungen nach § 17 SGB V für die Zeiten des Aufenthaltes bei seiner in der Ukraine tätigen Frau beehrte, zu dem Ergebnis, dass Leistungsansprüche nach § 17 SGB V von Familienangehörigen eines im Ausland beschäftigten Mitglieds gegen den Arbeitgeber ausdrücklich nur für die nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen vorgesehen sind (Rdz. 19 des Urteils, juris). Dies vor dem Hintergrund, da sich insbesondere aus der Entstehungsgeschichte des § 17 SGB V und dem dort zum Ausdruck kommenden Sinn und Zweck der Regelung ergäbe, dass es an einer planwidrigen Regelungslücke – die jedoch notwendig wäre, um § 17 Abs. 1 und 2 SGB V auf die nicht nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen des im Ausland beschäftigten Mitglieds auszudehnen – fehle. So lasse sich den Gesetzesmaterialien entnehmen, dass von der Regelung nur "familienversicherte" Angehörige, die den im Ausland beschäftigten Versicherten begleiten oder ihn besuchen und dabei erkranken, erfasst sein sollen (BT-Drs. 11/3480, S. 50, zu § 17 Abs. 1) (Rdz. 22 und 23 des Urteils, aaO).

In seinem Urteil vom 28. September 2010 nahm das BSG darüber hinaus auch zur Rechtsprechung unter Rechtslage der RVO (Urteil vom 9. März 1982, aaO) Stellung und führte aus, dass das BSG seinerzeit eine Rechtsfortbildung auf der Grundlage der §§ 221, 222 RVO vorgenommen hatte, die ihrem Regelungsgehalt nach gar keine entsprechenden Ansprüche für Familienangehörige angesprochen hatten. Somit lagen dem Urteil rechtliche Rahmenbedingungen zugrunde, die nach Einführung des § 17 SGB V nicht mehr in gleicher Weise gelten. Darüber hinaus lasse sich der gesetzgeberische Wille nach einer umfassenden Absicherung des Versicherten und seiner Familie für jegliche Art von Auslandsaufenthalten zu Beschäftigungszwecken aus § 17 SGB V nicht herleiten (Rdz. 25 des Urteils, aaO.). Insofern ist das Urteil in den entsprechenden Aussagen nicht mehr einschlägig.

Nach der vorliegenden Rechtsprechung kann die im Schreiben vom 23. Juli 2001 an das Bundesministerium für Gesundheit mitgeteilte Auffassung, dass es vertretbar wäre, den Leistungsanspruch des § 17 SGB V auch auf selbstversicherte Ehegatten auszudehnen, die den Beschäftigten während der Zeit der Beschäftigung besuchen oder ihn begleiten, nicht mehr aufrecht erhalten werden. Ein Leistungsanspruch nach § 17 SGB V käme demnach „nur“ für die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des im Ausland beschäftigten Mitglieds, wenn sie das Mitglied für die Zeit der Beschäftigung begleiten oder besuchen, in Betracht.

Offen geblieben ist insoweit die Frage, ob die familienversicherten Angehörigen des im Ausland beschäftigten Mitglieds zwingend über das Mitglied selbst familienversichert sein müssen oder ob





eine Familienversicherung über einen anderen Angehörigen (z. B. Ehefrau, anderes Elternteil) – auch wenn dieser bei einer anderen Krankenkasse als das Mitglied versichert ist – ausreichend ist.

Der Gesetzgeber hat den Anspruch nach § 17 SGB V an das Bestehen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V geknüpft. Dementsprechend ist eine „bloße Familienzugehörigkeit“ zum Mitglied nicht ausreichend und neben den Voraussetzungen des § 17 SGB V müssen auch diejenigen des § 10 SGB V erfüllt sein.

Familienversicherte Angehörige im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB V können, sofern alle übrigen Voraussetzungen erfüllt sind,

- der Ehegatte bzw. der Lebenspartner (d. h. eingetragene Lebenspartner nach dem „Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ vom 16.2.2001),
- die Kinder des Mitglieds sowie
- die Kinder von familienversicherten Kindern

sein. Als Kinder im genannten Sinne gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds (§ 10 Abs. 4 SGB V).

Zur Frage, ob die familienversicherten Angehörigen zwingend über das Mitglied selbst familienversichert sein müssen, ergeben sich weder Hinweise aus den Gesetzesmaterialien noch aus der vorliegenden Rechtsprechung. Auch aus der Vorschrift selbst lassen sich insoweit keine Hinweise entnehmen.

Die vom Gesetzgeber gewählte Anknüpfung an das Bestehen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V differenziert nicht danach, ob die Familienversicherung für die Angehörigen des im Ausland beschäftigten Mitglieds direkt beim Mitglied selbst bestehen muss oder ob es bereits ausreichend ist, wenn überhaupt eine Familienversicherung besteht, um Leistungsansprüche nach § 17 SGB V gegenüber dem Arbeitgeber geltend zu machen. Denkbar sind hier z. B. Fallgestaltungen, in denen Kinder nicht über das Mitglied selbst sondern über den anderen Elternteil versichert sind. Darüber hinaus wäre allerdings auch vorstellbar, dass ein anderer Angehöriger des Mitglieds, z. B. die Mutter des Mitglieds, die über den Vater des Mitglieds familienversichert ist und das Mitglied im Ausland besucht, Ansprüche nach § 17 SGB V geltend machen möchte.





Unstrittig dürfte jedoch sein, dass ein Anspruch nach § 17 SGB V nur für Angehörige besteht, die die Voraussetzungen für eine Familienversicherung über das Mitglied erfüllen. Intention des Gesetzgebers war eine enge Auslegung der Vorschrift in Bezug auf die Ansprüche von Angehörigen, da vom Gesetzgeber auch keine aus § 17 SGB V ableitbaren Ansprüche für Ehegatten, die selbst Mitglied bei einer Krankenkasse sind, vorgesehen wurden (vgl. Urteil vom 28. September 2010, aaO).

Nicht erkennbar ist, dass es für die nach § 17 SGB V vorgesehenen Leistungsansprüche von Bedeutung ist, ob die Familienversicherung der Kinder beim Mitglied selbst oder bei dem anderen Elternteil besteht. Eine Familienversicherung bei dem anderen Elternteil dürfte für bestehende Ansprüche auch dann unschädlich sein, wenn diese Familienversicherung bei einer anderen als der Krankenkasse bei der das im Ausland beschäftigte Mitglied versichert ist, bestehen würde. Erforderlich ist allerdings, dass es sich um eine Familienversicherung handelt, die auch bei dem Mitglied selbst durchführbar wäre. Demnach bestünden, wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, keine zwingenden Gründe § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB V so einschränkend auszulegen, dass der familienversicherte Angehörige unter allen Umständen über das im Ausland beschäftigte Mitglied familienversichert sein muss.

Das heißt allerdings auch, dass bei den Anspruchsprüfungen zu beachten ist, dass letztlich keine anderen als die Angehörigen, die tatsächlich auch die Voraussetzungen erfüllen, um beim Mitglied selbst familienversichert zu werden, als leistungsberechtigt nach § 17 SGB V eingestuft werden. Dies könnte gerade in Sachverhalten, in denen Paare nicht verheiratet sind bzw. sich nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft befinden, zu weitergehenden Prüfungen führen. So wäre z. B. in Fällen, in denen beim nicht verheirateten/nicht eingetragenen Partner ein Kind versichert wäre, zu prüfen, ob es sich bei diesem um das leibliche oder überwiegend unterhaltene Kind des Mitglieds handelt.

Vor dem Hintergrund einer einheitlichen Verfahrensweise der Krankenkassen war eine Erörterung der Thematik in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.





Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/innen vertreten einvernehmlich die folgenden Auffassungen:

1. Ein Leistungsanspruch besteht nur für die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des im Ausland beschäftigten Mitglieds, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen. Die bisher für vertretbar gehaltene Ansicht, den Leistungsanspruch des § 17 SGB V auch auf Ehegatten, die selbst Mitglied einer Krankenkasse sind und den Beschäftigten während der Zeit der Beschäftigung besuchen oder ihn begleiten, ausdehnen zu können, wird damit nicht mehr aufrechterhalten.
2. Die Familienversicherung des Angehörigen muss nicht zwingend beim im Ausland beschäftigten Mitglied vollzogen werden. Es wird als ausreichend erachtet, wenn eine Familienversicherung z. B. für das gemeinsame Kind über den Ehegatten des Mitglieds besteht. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die Angehörigen die Voraussetzungen zur Familienversicherung nach § 10 SGB V bei dem im Ausland beschäftigten Mitglied auch tatsächlich erfüllen würden. Für die Leistungsansprüche unerheblich ist, ob das Mitglied und sein familienversicherter Angehöriger in derselben Krankenkasse versichert sind.

Die Ansprüche des familienversicherten Angehörigen richten sich gemäß § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich gegen den Arbeitgeber des Mitglieds. Die in § 17 Abs. 2 SGB V beschriebene Erstattungspflicht richtet sich gegen die Krankenkasse des familienversicherten Angehörigen.

Anlage



Seite 12 der Niederschrift über die Fachkonferenz Leistungs- und
Beziehungsrecht am 5./6. Juni 2013 in Berlin zu TOP 1



- nicht besetzt -



25-03-2009 13:14 VON -BUKN ABTL. I

+49 234 30410005

T-361 P.003/007 F-329



BKK Bundesverband, Postfach 10 05 31, 45005 Essen

Bundesministerium für Gesundheit
Am Probsthof 78a

53121 Bonn

Bundesverband der
Betriebskrankenkassen
Körperschaft des
öffentlichen RechtsKronprinzenstraße 6
45128 Essen

Essen, 23. Juli 2001

Unser Zeichen:
2111/Sp/CSStDoku.-Nr.:
511.541Ihr/e Ansprechpartner/in:
Jörg SpiethoffTelefon: (02 01) 1 79-01
Durchwahl: (02 01) 1 79-1323
Telefax: (02 01) 1 79-1025
E-Mail: Spiethoff.J@bkk-bv.de

Leistungen bei Auslandsaufenthalt
Ihr Schreiben vom 6. Juni 2001 (Geschäftszeichen: 221 - 44 336)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Spitzenverbände der Krankenkassen nehmen wir zu Ihrer mit dem o. a. Schreiben aufgeworfenen Frage wie folgt Stellung:

Nach dem Wortlaut des § 17 SGB V besteht der Leistungsanspruch während einer Beschäftigung im Ausland für Mitglieder und nach § 10 SGB V versicherte Familienangehörige. Mit seinem Urteil vom 9. März 1982 (3 RK 64/80) hatte das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass ein Leistungsanspruch des den Beschäftigten besuchenden bzw. ihn begleitenden Ehegatten auch dann besteht, wenn der Ehegatte selbst versicherungspflichtig beschäftigt ist. Dieses Urteil erging zu den Vorgängervorschriften §§ 221 und 222 RVO. Diese Rechtsvorschriften sahen einen Leistungsanspruch des Ehegatten weder für den Fall vor, dass der Ehegatte „familienhilfeberechtigter“ im Sinne des § 205 RVO a. F. war, noch dass eine eigene Mitgliedschaft, z. B. auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, bestand.



§ 17 SGB V wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 mit Wirkung zum 1. Januar 1989 eingeführt. Ein Hinweis darauf, dass der Gesetzgeber beabsichtigt hatte, selbstversicherte Angehörige vom Leistungsanspruch nach § 17 SGB V auszuschließen, lässt sich der Gesetzesbegründung nicht entnehmen. Vielmehr rechtfertigt es der Schutzzweck dieser Norm, den Leistungsanspruch auch auf selbstversicherte Ehegatten auszudehnen, die den Beschäftigten während der Zeit der Beschäftigung besuchen oder ihn begleiten. Dies würde der bis zur Einführung des § 17 SGB V auf Grund des genannten BSG-Urteils geltenden Rechtslage entsprechen. In Anwendung dieses Urteils würde sich der Leistungsanspruch des Angehörigen gegen die Krankenkasse richten müssen, bei der der Angehörige selbst versichert ist, da eine Kostenübernahme immer an ein bestehendes Versicherungsverhältnis gebunden ist.

Im Hinblick auf den Wortlaut des § 17 Abs. 1 SGB V ist es verständlich und nachvollziehbar, dass die Krankenkasse des Ehegatten die Übernahme von Leistungen zunächst abgelehnt hat. Es wird der Krankenkasse aber empfohlen, diese Rechtsauffassung noch einmal zu überprüfen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen regen darüber hinaus an, bei nächster sich bietender Gelegenheit eine gesetzliche Klarstellung in dem beschriebenen Sinne herbeizuführen.

Anders als in dem von Ihnen zitierten Kommentar Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer ausgeführt, halten die Spitzenverbände der Krankenkassen allerdings eine Ausdehnung des § 17 Abs. 1 SGB V auf Familienangehörige eines Arbeitnehmers, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, für nicht gerechtfertigt. Eine solche Regelung würde dem Grundsatz „keine Leistung ohne Versicherung“ widersprechen. Zudem ist auch fraglich, ob ein entsprechendes Schutzbedürfnis überhaupt vorhanden ist, da für Unternehmen, die ihre Mitarbeiter ins Ausland entsenden, die Möglichkeit besteht, sowohl für die Mitarbeiter als auch für die sie begleitenden Familienangehörigen einen - ggf. zusätzlichen - Krankenversicherungsschutz durch Abschluss entsprechender privater Versicherungsverträge sicherzustellen.

25-03-2009 13:14 VON -BUKN ABTL. I

+49 234 30410005

T-361 P.005/007 F-329

Seite 3 vom 23. Juli 2001



Bei dieser Gelegenheit weisen wir darauf hin, dass in der Praxis gelegentlich Schwierigkeiten hinsichtlich des Umfangs des Krankenversicherungsschutzes entstehen. § 17 Abs. 1 SGB V beschränkt die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse ausdrücklich auf die nach dem 3. Kapitel des SGB V vorgesehenen Leistungen. Hierzu zählen nicht die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft im Sinne der RVO. Auch insofern wird eine gesetzliche Klarstellung empfohlen.

Mit freundlichen Grüßen

Hauptabteilung Kunden

Theo van Stiphout

25-03-2009 13:14 VON -BUKN ABTL. I

+49 234 30410005

T-361 P.006/007 F-329



BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Geschäftszeichen (Bei allen Antworten bitte angeben)

221 - 44 336

Postanschrift: Bundesministerium für Gesundheit · 53108 Bonn

AOK-Bundesverband
Kortrijker Str. 1

53177 Bonn

Bundesverband
der Betriebskrankenkassen
Kronprinzenstraße 6

45128 Essen

Bundesverband
der Innungskrankenkassen
Friedrich-Ebert-Straße
(Technologie-Park)

51429 Bergisch Gladbach

Bundesverband der
landwirtschaftlichen Krankenkassen
Weißensteinstr. 72

34131 Kassel-Wilhelmshöhe

Bonn, den 6. Juni 2001

☎ (0228) 941-2213 oder 01888 - 441-2213

Fax: (0228) 941- oder 01888 - 441-

E-Mail: Kastenholz@bmg.bund.de

X.400: c=de, a=bund400, p=bgm, s=Kastenholz

~~Bitte Postadresse Bonn verwenden~~

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V./Arbeiter-
Ersatzkassen-Verband e.V.
Frankfurter Str. 84

53721 Siegburg

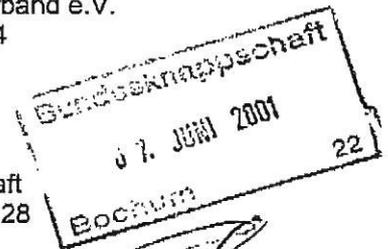
Bundesknappschaft
Pieperstraße 14 - 28

44789 Bochum

See-Krankenkasse
Reimerstwiene 2

20457 Hamburg

I.S.G.



Abteilung I
07. JUNI 2001

BV
SLG
W

Betr.: Leistungen bei Auslandsaufenthalt

Sehr geehrte Damen und Herren,

dem Bundesministerium für Gesundheit wurde von einer Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung die Frage gestellt, ob Ehefrauen, die ihren ins Ausland entsandten Ehemann begleiten, auch dann einen Anspruch auf die Leistungen durch den Arbeitgeber des

25-03-2009 13:15

VON -BUKN ABTL. I

+49 234 30410005

T-361

P.007/007

F-329

- 2 -

Ehemannes haben, wenn sie selbst Mitglied einer anderen Krankenkasse sind und sich in der Zeit der Begleitung des Ehemannes in den Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz befinden.

Der konkrete Fall:

Der Ehegatte wurde vom ZDF nach Südafrika entsandt. Er ist Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, die Ehefrau ist selbst Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung und begleitet ihren Mann. Die Begleitung ist deswegen möglich, weil sie sich derzeit in der Schutzfrist nach § 3 des Mutterschutzgesetzes befindet und danach Erziehungsurlaub in Anspruch nehmen möchte. Die Krankenkasse der Ehefrau leistet für die Zeit des Aufenthaltes in Südafrika nicht, da die Ehefrau selbst nicht nach Südafrika entsandt ist und auch die rechtlichen Möglichkeiten für eine Kostenübernahme der medizinischen Behandlung in Südafrika nicht gegeben sind. Es stellt sich daher die Frage, ob Leistungen durch die Krankenkasse des Ehegatten übernommen werden können. Der Leistungsanspruch nach § 17 SGB V gilt auch für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob in der Bundesrepublik Deutschland eine tatsächliche Familienmitversicherung vorliegen muß oder ob sich der Leistungsanspruch gegen den Arbeitgeber auch auf Personen erstreckt, die den entsandten Arbeitnehmer begleiten, jedoch selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind. Letzteres wird von Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer in ihrem Kommentar zur gesetzlichen Krankenversicherung bejaht.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie mir mitteilen, wie die Krankenkassen in gleich gelagerten Fällen entscheiden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag


Kastenholz

Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 08.09.2021 in Berlin

2. § 19 SGB V – Erlöschen des Leistungsanspruchs;

hier: Leistungsabgrenzung bei Wechsel der Krankenkasse – Neuregelung bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen ab dem 01.07.2021

Sachstand:

Gemäß § 19 Abs. 1 SGB V erlischt der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist, was insoweit nicht der Fall ist.

Seit dem 01.07.2021 sind aufgrund verschiedener Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen umfangreiche Neuregelungen bei Parodontosebehandlung in Kraft getreten. Aus diesem Grund wurde die Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) des G-BA gefasst. Die PAR-Richtlinie regelt unter anderem, dass Versicherte im Rahmen der Parodontitis-Therapie nach Abschluss der sogenannten antiinfektiösen Therapie (AIT) auch Anspruch auf eine anschließende zweijährige unterstützende Parodontitis-Therapie (UPT) haben. Der GKV-Spitzenverband informierte hierüber zuletzt mit RS 2021-512 vom 19.07.2021 (siehe Anlage 1) und veröffentlichte in diesem Zusammenhang „Ergänzende Informationen für die Krankenkassen zu den ab dem 01.07.2021 geltenden Neuregelungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen“ (siehe Anlage 2).

In der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel vom 09.10.2002 in der Fassung vom 22.09.2008 ist die Leistungsabgrenzung bei Parodontosebehandlung aktuell in der Anlage II. 3. geregelt. Demnach ist in analoger Anwendung der für den Bereich Zahnersatz entwickelten Verfahrensweise für die Übernahme der Kosten einer Parodontosebehandlung die Krankenkasse zuständig, der der Versicherte am letzten Tag der Behandlung (Behandlungsabschluss) angehört. Vorbereitende



Leistungen, die Bestandteil des BEMA Teil 1 (konservierend chirurgische Leistungen) sind, lassen sich taggenau zuordnen. Die Krankenkassenzuständigkeit für diese Leistungen (z. B. Röntgenbilder, Infiltrationsanästhesie) bestimmt sich deshalb danach, bei welcher Krankenkasse der Versicherte zum Zeitpunkt der Leistungserbringung versichert war. Durch die Neuregelung in Form der Differenzierung der Parodontosebehandlung nach AIT und UPT stellt sich nun die Frage, wie diese Therapieformen hinsichtlich der Leistungsabgrenzung bei einem Wechsel der Krankenkasse ab dem 01.07.2021 zu bewerten sind.

In der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 17.06.2021 wurde bereits ein Austausch zu der Thematik geführt und eine Einschätzung für die Erstellung der „Ergänzenden Informationen für die Krankenkassen zu den ab dem 01.07.2021 geltenden Neuregelungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen“ abgegeben. Die Besprechungsteilnehmenden vereinbarten noch zusätzlich, in der kommenden Fachkonferenz ein entsprechendes Besprechungsergebnis zu fassen und die Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel vom 09.10.2002 in der Fassung vom 22.09.2008 um diese Thematik zu ergänzen und insgesamt zu aktualisieren.

In Abschnitt 8.2 der „Ergänzenden Informationen“ wurde dazu bereits festgehalten, dass weiterhin in analoger Anwendung der für den Bereich Zahnersatz entwickelten Verfahrensweise für die Übernahme der Kosten der AIT und die im Zusammenhang mit der AIT erbrachten Leistungen nach BEMA-Nr. 4, das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) und die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU) die Krankenkasse zuständig ist, der der Versicherte am Tag der Erbringung der letzten AIT-Leistung angehört. Die Leistungen Befundevaluation (BEV) und UPT, die monatlich abgerechnet werden, lassen sich taggenau zuordnen, sodass sich für diese Leistungen die Krankenkassenzuständigkeit daran orientiert, bei welcher Krankenkasse an dem Tag der Leistungserbringung ein Versicherungsverhältnis besteht.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen sprechen sich dafür aus, dass für die Übernahme der Kosten der antiinfektiösen Therapie (AIT) und für die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen nach BEMA-Nr. 4, das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) und die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU) die Krankenkasse zuständig ist, bei der



am letzten Tag der Leistungserbringung der AIT ein Versicherungsverhältnis besteht. Die Leistungen der Befundevaluation (BEV) und unterstützenden Parodontitis-Therapie (UPT), die monatlich abgerechnet werden, lassen sich taggenau zuordnen, sodass sich für diese Leistungen die Krankenkassenzuständigkeit daran orientiert, bei welcher Krankenkasse an dem jeweiligen Tag der Leistungserbringung ein Versicherungsverhältnis besteht.

Die Gemeinsame Verlautbarung zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel vom 09.10.2002 in der Fassung vom 22.09.2008 soll bis zur kommenden Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht überarbeitet werden.

Anlagen



- nicht besetzt -





RUNDSCHREIBEN

RS 2021/512 vom 19.07.2021

Erste Ergänzung – Neue vertragszahnärztliche Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen mit Wirkung ab 01.07.2021

Themen: Gesetze, Richtlinien, Verordnungen; Leistungen; Verträge; Zahnärzte

Ihre Ansprechpartner/-innen:

Dr. Michael Kleinebrinker
Ref. Zahnärzte / Sonstige Leistungserbringer
Tel.: 030 206288-2102
michael.kleinebrinker@gkv-spitzenverband.de

Cordula Schmelzer
Ref. Zahnärzte / Sonstige Leistungserbringer
Tel.: 030 206288-2106
cordula.schmelzer@gkv-spitzenverband.de

Kurzbeschreibung: Mit diesem Rundschreiben gibt der GKV-Spitzenverband weitere Neuerungen zu den vertragszahnärztliche Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen mit Wirkung ab 01.07.2021 sowie die Aktualisierung der „Ergänzenden Informationen für die Krankenkassen zu den ab dem 01.07.2021 geltenden Neuregelungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen“ bekannt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit RS 2021/448 vom 25.06.2021 informierte der GKV-Spitzenverband über die neuen Regelungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen mit Wirkung ab 01.07.2021 und gab unter anderem die daraus folgenden Änderungen zum Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) bekannt. Diese Folgeänderungen wurden ausführlich in den „Ergänzenden Informationen für die Krankenkassen zu den ab dem 01.07.2021 geltenden Neuregelungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen“ bekannt.



Rundschreiben 2021/512 vom 19.07.2021

Seite 2

gen“ erläutert und in der Erstfassung als Anlage 1 zum RS 2021/448 bekanntgegeben. Zwischenzeitlich wurden hierin redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Diese Neuerungen werden mit Anlage 1 zu diesem Rundschreiben veröffentlicht.

Zudem haben sich die KZBV und der GKV-Spitzenverband auf die Inhalte weiterer Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen verständigt. Demgemäß werden künftig in der Anlage 14b zum BMV-Z neben den Ausfüllhinweisen zu den Vordrucken 5a und 5b (PAR-Status, Blatt 1 und Blatt 2) auch Ausfüllhinweise zum Vordruck 5c (Mitteilung über eine chirurgische Therapie gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-Richtlinie) sowie zum Vordruck 5e (Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V) geführt.

Die Vereinbarung über eine Änderung des BMV-Z und der dazugehörigen Anlagen 1, 5, 8, 14a und 14b im Zusammenhang mit der Einführung der neuen PAR-Leistungen befindet sich noch in der Abstimmung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband. Wir werden hierzu in einem gesonderten Rundschreiben informieren.

Darüber hinaus möchten wir erneut auf den Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen zur Übergangsregelung (Anlage 9 zum RS 2021/448 vom 25.06.2021) und die in diesem Zusammenhang bestehende Umsetzungsnotwendigkeit hinweisen. Nach der Übergangsregelung sind PAR-Behandlungen ab dem 01.07.2021 nur noch gemäß den ab dem 01.07.2021 geltenden Regelungen zu genehmigen, d. h. auf den neuen Vordrucken 5a und 5b. Sollten von den Vertragszahnärzten PAR-Behandlungen unter Verwendung der bis zum 30.06.2021 geltenden Vordrucke 5a und 5b bei einer Krankenkasse zur Genehmigung eingereicht werden, so haben die Krankenkassen die Vertragszahnärzte aufzufordern, einen neuen PAR-Plan auf den neuen Vordrucken 5a und 5b zu erstellen. Die Genehmigung einer PAR-Behandlung auf den bis zum 30.06.2021 geltenden Vordrucken kann nach dem 30.06.2021 nicht erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

GKV-Spitzenverband

Anlage(n)

1. Ergänzende Informationen für die Krankenkassen zu den ab dem 01.07.2021 geltenden Neuregelungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen, Version 1.1 (Stand 16.07.2021)
2. Ausfüllhinweise (Stand 16.07.2021)

Sämtliche Rundschreiben finden Sie tagesaktuell unter

dialog.gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband

**Ergänzende Informationen für die Krankenkassen
zu den ab dem 01.07.2021 geltenden Neuregelungen
bei der systematischen Behandlung von Parodontitis
und anderer Parodontalerkrankungen**

Stand: 16.07.2021

Version: 1.1

Historie

Version	Datum	Abschnitt	Erläuterung
1.0	23.06.2021	Gesamtes Dokument	Erstfassung
1.1	16.07.2021	Inhaltsverzeichnis	Aktualisierung
1.1	16.07.2021	Gesamtes Dokument	Redaktionelle Anpassungen
1.1	16.07.2021	Abschnitt 7.5	Aufnahme weiterer Ausfüllhinweise

Inhalt

1. Einleitung	5
2. Neue Klassifikation der Erkrankungen und neues Behandlungskonzept	5
3. Neue PAR-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leitungen zur Umsetzung der PAR-RL	6
3.1 Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	8
3.1.1 Anamnese.....	8
3.1.2 Befund	8
3.1.3 Staging (Stadium, Schwere der Erkrankung).....	8
3.1.4 Grading (Grad, Progression der Erkrankung).....	9
3.1.5 Diagnose.....	10
3.2 Begutachtung und Genehmigung	11
3.3 Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiesgespräch (ATG)	11
3.4 Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU).....	11
3.5 Antiinfektiöse Therapie (AIT, geschlossenes Vorgehen) und adjuvante antibiotische Therapie.....	12
3.6 Befundevaluation (BEV)	12
3.7 Chirurgische Therapie (CPT, offenes Vorgehen).....	13
3.8 Unterstützende Parodontitis-Therapie (UPT)	13
3.9 Konservierend-chirurgische Maßnahmen, Versorgung mit Zahnersatz	15
4. Anpassung der Behandlungsrichtlinie: Änderungen beim Parodontalen-Screening-Index und der Behandlung von Parodontalerkrankungen außerhalb der PAR-Richtlinie	15
4.1 Parodontaler-Screening-Index (PSI)	15
4.2 Behandlung von Parodontalerkrankungen außerhalb der PAR-Richtlinie.....	16
5. Anpassung der Behandlungs-Richtlinie: Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V außerhalb der PAR-Richtlinie	16
6. Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen zur Übergangsregelung zur Abrechnung von Leistungen zur Parodontitis-Behandlung nach BEMA-Teil 4	18
7. Änderungen im Bundesmantelvertrag	18
7.1 Anlage 1, Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung.....	19
7.2 Anlage 5, Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien.....	19
7.3 Anlage 8a, Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag).....	19
7.4 Anlage 14a, Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung.....	20
7.4.1 Vordruck 5a und b	20

7.4.2	Vordruck 5c (Mitteilung über eine chirurgische Therapie [offenes Vorgehen])	20
7.4.3	Vordruck 5d (Beantragung einer Verlängerung UPT)	21
7.4.4	Vordruck 5e (Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V)	21
7.4.5	Vordrucke 6a, 6b und 6c	21
7.4.6	Vordruck 11 Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)	21
7.5	Anlage 14b, Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen.....	21
7.5.1	Parodontalstatus Blatt 1 und 2	21
7.5.2	Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)	21
7.5.3	Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V	21
8.	Zahnarztwechsel, Krankenkassenwechsel	22
8.1	Zahnarztwechsel	22
8.2	Krankenkassenwechsel	22
9.	Zusammenfassende Darstellung der ab 01.07.2021 abrechenbaren PAR-Leistungen.....	23

1. Einleitung

Zum 01.07.2021 treten neue Regelungen für die Parodontitis-Behandlung in Kraft. Eine zentrale Regelung ist die Erstfassung der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie setzt den Stand der medizinischen Erkenntnisse um, was zu Änderungen des Leistungsangebots und des Behandlungsablaufs der Parodontitis-Behandlung führte. Die Erstellung des Parodontalstatus wurde insbesondere hinsichtlich der zusätzlichen Erfassung des Stadiums der Erkrankung (Staging) und des Grads der Erkrankung (Grading, Progression der Erkrankung) geändert. Als neue Leistungen wurden das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch und die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung sowie die unterstützenden Parodontitis-therapie (UPT) in die Versorgung der GKV-Versicherten aufgenommen. Die UPT umfasst die Untersuchung des Parodontalzustands, Mundhygienekontrollen und Mundhygieneunterweisungen, supragingivale und gingivale Zahnreinigungen sowie die subgingivale Instrumentierung von weiterhin behandlungsbedürftigen Zahnfleischtaschen. Die Versicherten haben zukünftig regelhaft für zwei Jahre Anspruch auf eine UPT nach durchgeführter Parodontitis-Behandlung; die ein- bis dreimal jährliche Häufigkeit richtet sich nach der im Parodontalstatus gemessenen Progressionsrate der Erkrankung. Eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen ist möglich, sie darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.

Darauf aufbauend hat der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen im zahnärztlichen Leistungsverzeichnis (BEMA) Leistungsbeschreibungen sowie Abrechnungsbestimmungen festgelegt.

Nachfolgend wird der Hintergrund für die Änderung bestehender und die Einführung neuer Leistungen erläutert.

2. Neue Klassifikation der Erkrankungen und neues Behandlungskonzept

Die PAR-Richtlinie basiert auf einer neuen Klassifikation parodontaler Erkrankungen (Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen, American Academy of Periodontology und der European Federation of Periodontology 2017, dt. Übersetzung 2018) und einem geänderten Therapiekonzept der Behandlung von Parodontitis nach der deutschen Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I-III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP), Dezember 2020.

Nach der neuen Klassifikation lassen sich unter dem Begriff „Parodontitis“ drei Formen der Parodontitis unterscheiden: Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen und nekrotisierende parodontale Erkrankungen. Die derzeit in der Behandlungsrichtlinie noch enthaltene Diagnosen „chronische“ und „aggressive Parodontitis“ wurde mit der Begründung aufgegeben, dass eine eindeutige Abgrenzung zwischen diesen beiden Formen nicht möglich ist. Für eine weitere Individualisierung der Diagnose und der nachfolgenden Therapie sieht die neue Klas-

sifikation ein Staging und Grading vor. Mit Hilfe des Staging wird der Schweregrad, die Komplexität sowie das Ausmaß und die Verteilung der Parodontitis klassifiziert, während über das Grading Informationen zur Krankheitsprogression gewonnen werden können.

Die sich daran anschließende Therapie soll nach der S3-Leitlinie in vier Stufen durchgeführt werden. Das wird in der PAR-Richtlinie sowie im BEMA wie folgt aufgegriffen.

Therapiestufe I (nach Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus):

- Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)
- Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)

Therapiestufe II:

- Antiinfektiöse Therapie (AIT)
- Befundevaluation (BEV a)

Therapiestufe III (soweit erforderlich):

- Chirurgische Therapie (CPT)
- Befundevaluation (BEV b)

Therapiestufe IV (UPT, unterstützende Parodontistherapie):

- Mundhygienekontrolle
- Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)
- Supragingivale und gingivale Reinigung
- Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen
- Subgingivale Instrumentierung
- Untersuchung des Parodontalzustands

Hinzu kommen ggf. das „Einschleifen des natürlichen Gebisses“ sowie Nachbehandlung nach antiinfektiöser oder chirurgischer Therapie.

Nach der neuen Klassifikation werden Parodontalabszesse, endodontal-parodontale Läsionen sowie mukogingivale Deformitäten und Zustände als „andere das Parodont betreffende Zustände“ eingeordnet.

3. Neue PAR-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leitungen zur Umsetzung der PAR-RL

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf Grundlage der vorstehend genannten Erkenntnisse am 17.12.2020 den Leistungsanspruch der GKV-Versicherten in einer gesonderten PAR-Richtlinie definiert, bestehende Leistungen angepasst und neue Leistungen für die Behandlung der Parodontitis in die Versorgung aufgenommen. Mit Beschluss vom 30.04.2021 hat der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen den Beschluss des G-BA im BEMA umgesetzt.

Die nachfolgende Tabelle enthält den Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen vom 30.04.2021 in Kurzfassung. Neue bzw. geänderte Leistungen sind grau hinterlegt.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
	BEMA-Teil 1	
04	Erhebung Parodontaler Screening-Index	12
	BEMA-Teil 4	
4	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	44
ATG	Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch	28
MHU	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	45
AIT	Antiinfektiöse Therapie	
	a) je behandeltem einwurzeligen Zahn	14
	b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	26
BEV	Befundevaluation	
	a) nach AIT	32
	b) nach CPT	32
CPT	Chirurgische Therapie	
	a) je behandeltem einwurzeligen Zahn	22
	b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	34
UPT	Unterstützende Parodontitistherapie	
	a) Mundhygienekontrolle	18
	b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)	24
	c) Supragingivale und gingivale Reinigung, je Zahn	3
	d) Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen	15
	e) Subgingivale Instrumentierung, je einwurzeligem Zahn	5
	f) Subgingivale Instrumentierung, je mehrwurzeligem Zahn	12
	g) Untersuchung des Parodontalzustands	32
108	Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	6
111	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen, je Sitzung	10

Nachfolgend wird auf die geänderten bzw. neuen Regelungen zur Parodontitis-Therapie eingegangen und auf Unterschiede zu den früheren Regelungen hingewiesen.

3.1 Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus

Das Erstellen eines Parodontalstatus ist zukünftig mit 44 Punkten bewertet.

3.1.1 Anamnese

Es sind Angaben zur allgemeinen und zur parodontitisspezifische Anamnese zu machen. Bei der parodontitisspezifischen Anamnese sind die Risikofaktoren Diabetes mellitus und Tabakkonsum zu erfassen, weil diese nachweislich den Verlauf einer Parodontitis beeinflussen können.

Wie bisher ist zu erfragen, ob bei dem Patienten schon einmal eine Parodontitis–Therapie durchgeführt wurde. Nicht länger erforderlich ist es, eine HIV–Infektion im fortgeschrittenen Stadium, eine Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten oder das Bestehens einer Osteoporose zu erfragen, weil diese Erkrankungen bzw. Behandlungen keine Risikofaktoren für die Progression einer Parodontitis darstellen.

3.1.2 Befund

Der klinische Befund umfasst die Messung der Sondierungstiefen. Die Art, wie die Messung der Sondierungstiefen zu erfolgen hat, wurde präzisiert: vorgegeben ist die Messung der Sondierungstiefe an zwei Stellen pro Zahn, davon eine mesioapproximal und eine distoapproximal, wobei die zu messende Seite – oral oder vestibulär – nicht vorgegeben ist. Insgesamt können im Zahnschema auf Blatt 2 des Parodontalstatus Sondierungstiefen an sechs Messstellen je Zahn eingetragen werden.

Ein Leistungsanspruch des Versicherten auf eine systematische Parodontitis–Therapie besteht nunmehr nicht mehr wie zuvor ab der Messung einer Sondierungstiefe von 3,5 Millimetern, sondern ab einer Sondierungstiefe von 4 Millimetern. Hintergrund ist, dass nach der neuen Klassifikation die Messung in Millimeterstufen erfolgt. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, ist, weil eine der Markierungen in der Zahnfleischtasche nicht sichtbar ist und keine Halbmillimeteerteilung verwendet wird, ein Auf– und ein Abrunden nicht möglich, sodass die Regel angewandt wird, dass in diesem Fall der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet wird.

Neu aufgenommen wurde die Dokumentation der Sondierungsblutung zum klinischen Monitoring der Entzündungsaktivität. Wie bisher sind Zahnlockerung und Furkationsbefall zu erheben.

Zum Röntgenbefund ist anzumerken, dass die Röntgenbilder nicht älter als 12 Monate sein sollen; bisher galt die Vorgabe von nur sechs Monaten.

3.1.3 Staging (Stadium, Schwere der Erkrankung)

Mit Hilfe der Einschätzung des Krankheitsstadiums soll der Schweregrad der Parodontitis–Erkrankung ermittelt werden (Staging). Erhoben werden die vier Stadien I – IV.

Hierzu ist zunächst anhand des Röntgenbefunds der röntgenologische Knochenabbau in Prozent an dem am stärksten betroffenen Zahn anzugeben. Sollten im Ausnahmefall keine Röntgenbilder

zur Ermittlung des Knochenabbaus vorhanden sein, kann mit Hilfe einer Messsonde auch der klinische Attachmentverlust (Clinical Attachment Loss, CAL) erfasst und im Parodontalstatus angegeben werden. In den Parodontalstatus werden mittels Ankreuzen die jeweiligen Ausprägungsstufen eingetragen.

Des Weiteren ist für das Staging anamnestisch der Zahnverlust aufgrund von Parodontitis zu erfassen: kein Zahnverlust entspricht Stadium I/II, Verlust von bis zu 4 Zähnen Stadium III und Verlust von 5 oder mehr Zähnen Stadium IV.

Hinzu kommt die Erfassung von so genannten Komplexitätsfaktoren. Dabei wird erfasst, ob die Art des Knochenabbaus vorwiegend horizontal ist (Stadium I oder II), oder ob Sondierungstiefen von 6 mm oder mehr oder vertikaler Knochenabbau bei gleichzeitigem Furkationsbefall Grad II oder III vorliegt (Stadium III). Eine Zuordnung zu Stadium IV erfolgt, wenn die Gebissituation eine komplexe interdisziplinäre – beispielsweise prothetische – Rehabilitation erforderlich macht, etwa bei einer geringen Anzahl okkludierender Zahnpaare oder einem Verlust der Bisshöhe aufgrund der Parodontitis.

Zur Einstufung des Krankheitsstadiums, in dem sich der Patient befindet, wird das höchste für mindestens einen der Parameter röntg. Knochenabbau oder CAL, Zahnverlust aufgrund von Parodontitis oder Komplexitätsfaktoren ermittelte Stadium herangezogen.

Zusätzlich werden das Ausmaß des höchsten gemessenen Stadiums in Prozent der Zähne und die Verteilung (lokalisiert, generalisiert, Molaren-Inzisiven-Muster = besondere Verteilung, bei der nur die Molaren und Schneidezähne betroffen sind) angegeben.

3.1.4 Grading (Grad, Progression der Erkrankung)

Mit Hilfe des Grading soll die Progression, der jeweils unterschiedlich rasche Verlauf der Parodontitis dargestellt werden. Beim Grading sind Angaben zum Knochenabbau im Verhältnis zum Alter, zum Diabetes und zum Rauchen zu machen. Entsprechend des Ergebnisses ist eine Zuordnung des Patienten in Grad A (langsame Progressionsrate), Grad B (moderate Progressionsrate) und Grad C (rasche Progressionsrate) möglich. Den Graden sind unterschiedliche Häufigkeiten der Erbringungen von Leistungen der unterstützenden Parodontistherapie zugeordnet (einmal/zweimal/dreimal jährlich). Damit hat die Einstufung in den Krankheitsgrad Einfluss auf den Leistungsanspruch des Versicherten.

Neu ist die Verpflichtung, zur Ermittlung des Schwergrads der Parodontitis den röntgenologischen Knochenabbau in Prozent an dem am stärksten betroffenen Zahn zu erfassen. Für die Ermittlung der Progression ist dieser ins Verhältnis zum Alter des Patienten zu setzen, dabei lautet die Formel wie folgt: Die Prozentzahl des Knochenabbaus im Verhältnis zur gesamten Wurzellänge wird durch das Alter des Patienten geteilt (Knochenabbau [%]/Alter).

Diabetes und Rauchen werden in der aktuellen Klassifikation der Parodontalerkrankungen als Risikofaktoren für die Progression der Parodontitis gewertet und beim Grading berücksichtigt. Erfasst wird entweder die Abwesenheit der beiden Risikofaktoren oder der glykämische Status des

Versicherten mit Diabetes (HbA 1c-Wert $< 7,0\%$ / $\geq 7,0\%$) sowie die Anzahl der Zigaretten je Tag bei Rauchern (< 10 , ≥ 10).

Der höchste beim Grading festgestellte Grad ist ausschlaggebend für die Gesamteinstufung des Progressionsgrads. Demnach führt auch ein einzelnes Kreuz im Parodontalstatus in der Grad C zugeordneten Spalte zu einer Einstufung in den Progressionsgrad C und damit zum Anspruch auf eine dreimal jährliche Erbringung der UPT-Leistungen.

3.1.5 Diagnose

Auf dem Parodontalstatus sind entsprechend der Klassifikation von parodontalen Erkrankungen und Zuständen zukünftig die folgenden Diagnosen anzugeben:

- Parodontitis
- Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen
- Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen

Die zuvor im Parodontalstatus als „chronisch“ und „aggressiv“ unterschiedenen Formen der Krankheit werden nunmehr in der Kategorie „Parodontitis“ zusammengefasst. In der neuen Klassifikation erfolgt die Unterscheidung verschiedener Krankheitsaspekte durch das „Staging-“ und „Grading“-System.

Die bisher im Parodontalstatus aufgeführten „gingivale Vergrößerungen“ und „Gingiva- und Weichgewebswucherungen“ werden unter „andere das Parodont betreffende Zustände“ als „generalisierte gingivale Vergrößerungen“ zusammengefasst.

Die zuvor enthaltenen Diagnosen „nekrotisierende Parodontalerkrankungen“, „Parodontalabszess“ und „Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen“ werden nicht mehr der systematischen Parodontitis-Therapie zugeordnet, weil sie andere Behandlungsmaßnahmen als die der systematischen Parodontitis-Therapie erforderlich machen. Stattdessen wurden sie neu unter Abschnitt V. der Behandlungsrichtlinie geregelt (siehe Abschnitt 4.2).

Eine systematische Behandlung einer Parodontitis ist angezeigt, wenn mindestens eine der genannten drei oben genannten Diagnosen gestellt wird und gleichzeitig eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr – statt bisher 3,5 mm oder mehr – vorliegt.

Versicherte nach § 22a SGB V (pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Beeinträchtigungen) haben zukünftig entweder Anspruch auf eine Parodontitis-Therapie nach PAR-Richtlinie oder auf eine Parodontitis Therapie nach Teil V. der Behandlungsrichtlinie (weitere Erläuterungen dazu siehe unten). Wird bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, eine systematische Parodontistherapie nach PAR-Richtlinie durchgeführt, soll der Dokumentationsbogen nach § 8 der Richtlinie nach § 22a SGB V in die Planung der Therapie berücksichtigt werden. Es handelt sich um den Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z „Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen.“ Der Bogen enthält u. a. Angaben zur Koordination von Behandlungsmaßnahmen sowie Anmerkungen, die ggf. bei der Erstellung des Parodontalstatus von Bedeutung sind.

3.2 Begutachtung und Genehmigung

Wie bisher bedarf die Parodontitis–Therapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse kann den Parodontalstatus begutachten lassen. Denkbar ist eine Begutachtung der Sondierungstiefenmessung oder der Einstufung in den Progressionsgrad C.

3.3 Parodontologisches Aufklärungs– und Therapiegespräch (ATG)

Der G–BA hat die Empfehlungen aus der Wissenschaft, in einer ersten Therapiestufe den Aufbau von Motivation und Adhärenz zu fördern und Therapiealternativen zu erläutern und zu besprechen, aufgegriffen und in die Richtlinie ein parodontologisches Aufklärungs– und Therapiegespräch neu aufgenommen. Auf diese Weise erhalten die Versicherten eine Aufklärung über Befund, Diagnose und Therapiealternativen sowie eine Information zum gesundheitsbewussten Verhalten im Hinblick auf die Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren. In der PAR–Richtlinie werden zum letztgenannten Inhalt die Beispiele „Verweis auf ärztliche Behandlung bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt“ sowie „Rat zur Einstellung oder Einschränkung von Tabakkonsum“ genannt. Die Leistung ATG ist mit 28 Punkten bewertet.

3.4 Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)

Nach den Empfehlungen der Wissenschaft soll die Parodontitis–Therapie in einer ersten Therapiestufe Interventionen zur Verbesserung der Effektivität der Mundhygiene umfassen. Dieser Empfehlung ist der G–BA gefolgt, indem er in der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung die Befragung, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen der Versicherte verfügt, wie seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche langfristigen Ziele er im Hinblick auf seine Mundgesundheit verfolgt, die Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva, das Anfärben von Plaque, eine Mundhygieneaufklärung und Mundhygieneinstruktion sowie eine praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene vorsieht, bei der die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden soll.

Wird bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, eine systematische Parodontitis–therapie nach PAR–Richtlinie durchgeführt, soll der Dokumentationsbogen nach § 8 der Richtlinie nach § 22a SGB V in die Planung der Therapie berücksichtigt werden (Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV–Z „Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege– oder Unterstützungspersonen“). Der Bogen enthält auch Angaben zum Zahn– und Mundpflegestatus sowie zu den empfohlenen Maßnahmen zum Erhalt der Mundgesundheit.

Die Leistung nach Nr. MHU hat im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie (AIT, geschlossenes Vorgehen) (siehe Abschnitt 3.5) zu erfolgen, wobei es keine Vorgabe gibt, ob sie davor, während oder danach zu erfolgen hat. Die Leistung nach Nr. MHU ist mit 45 Punkten bewertet.

3.5 Antiinfektiöse Therapie (AIT, geschlossenes Vorgehen) und adjuvante antibiotische Therapie

Im Anschluss an die MHU folgt als zweite Stufe der Parodontitis-Therapie die antiinfektiöse Therapie (AIT). Die AIT stellt die Kernleistung der Parodontitis-Therapie dar. Sie umfasst die Entfernung der supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremete) bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr. Die Maßnahme erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens. Damit wird das geschlossene Vorgehen nach den früheren BEMA-Nrn. P200 und P201 inhaltlich unverändert mit der derzeit international verwendeten Bezeichnung antiinfektiöse Therapie weitergeführt. Wie bisher erfolgt eine Untergliederung nach behandelten ein- und mehrwurzeligen Zähnen. Die Bewertung der Nrn. P200 und P201 wurde unverändert in die Bewertung der Nr. AIT übernommen (einwurzeliger Zahn 14 Punkte, mehrwurzeliger Zahn 26 Punkte).

Wie bisher soll die antiinfektiöse Therapie (AIT, geschlossenes Vorgehen) nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden. Eine chirurgische Therapie (CPT, offenes Vorgehen) ohne vorherige AIT ist dagegen nach der neuen Richtlinie nicht länger möglich.

Ebenfalls wie bisher besteht ein Anspruch auf die adjuvante Anwendung systemisch wirksamer Antibiotika.

3.6 Befundevaluation (BEV)

An die AIT schließt sich als weiterer Bestandteil der zweiten Therapiestufe nach drei bis sechs Monaten – und damit nach Abheilen der entzündlichen Reaktionen im parodontalen Gewebe – die Befundevaluation (BEV) an. Sie umfasst die Messung der Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn analog der Vorgehensweise bei der Erstellung des PAR-Status, das Erfassen von Sondierungsblutung, Zahnlockerung und Furkationsbefall.

Einbezogen wird der Röntgenbefund mit Angabe des röntgenologischen Knochenabbaus und des Verhältnisses von röntgenologischen Knochenabbau zum Patientenalter (Knochenabbau [%]/Alter). Röntgenbilder, die bereits bei der Erstellung des Parodontalstatus nach § 3 befundet wurden, werden nicht erneut befundet; vielmehr werden die festgestellten Werte zum röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe röntgenologischer Knochenabbau (%) / Alter übernommen. Eine Befundung erfolgt jedoch, wenn neuere Röntgenbilder verfügbar sind.

Die bei der Befundevaluation (BEV) erhobenen Befunde dienen dazu, die Leistungsinhalte der unterstützenden Therapie (UPT) festzulegen und zu prüfen, ob nach dem geschlossenen Vorgehen (AIT, antiinfektiöse Therapie) die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, in Abhängigkeit von Sondierungstiefe und Sondierungsblutung an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen (CPT, chirurgische Therapie) durchzuführen. Die Leistung nach Nr. BEV ist mit 32 Punkten bewertet.

3.7 Chirurgische Therapie (CPT, offenes Vorgehen)

Stellt sich im Rahmen der Befundevaluation heraus, dass an einigen Zähnen noch Sondiertiefen von ≥ 5 mm bestehen, ist zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an diesen Parodontien zusätzlich eine chirurgische Therapie (CPT, offenes Vorgehen) als dritte Therapie-stufe durchzuführen. Im Rahmen der chirurgischen Therapie werden Wurzeloberflächen direkt sichtbar, was den Zugang für die subgingivale Instrumentierung zu verbessert. Im Frontzahnbe-reich besteht eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. Eine chirurgische Therapie kann bei Patienten mit einer Schweregrad-Einstufung in Stadium III oder IV erforderlich sein.

Ebenso wie nach der geschlossenen Therapie nach Nr. AIT erfolgt drei bis sechs Monate nach Be- endigung der offenen Therapie nach Nr. CPT eine Befundevaluation (BEV) und deren Erörterung.

Neu aufgenommen wurde, dass der Vertragszahnarzt die Krankenkasse über die Durchführung einer chirurgischen Therapie (CPT) in Kenntnis zu setzen hat. Damit entfällt die Beantragung der chirurgischen Therapie (CPT) als Therapieergänzung nach Anlage 5 § 1 Absatz (3) zum BMV-Z.

Die Bewertung der CPT entspricht der der bisherigen BEMA-Nrn. P202 und P203 (einwurzeliger Zahn 22 Punkte, mehrwurzeliger Zahn 34 Punkte).

3.8 Unterstützende Parodontitis-Therapie (UPT)

An die Befundevaluation (BEV) schließt sich als dritte oder nach Durchführung einer chirurgischen Therapie (CPT) als vierte Therapiestufe der Parodontitis-Therapie die unterstützende Parodonti- tistherapie (UPT) an. Mit der UPT sollte drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß §§ 9 und 12 sowie erst nach Durchführung der Befundevaluation nach § 11 begonnen werden. Die UPT zielt darauf ab, das Behandlungsergebnis zu sichern. Be- standteile der UPT sind die folgenden Leistungen:

a) Mundhygienekontrolle (UPT a)

Nach den Tragenden Gründen zum Richtlinienbeschluss des G-BA umfasst die Mundhygi- enekontrolle das Anfärben von Plaque und die Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva entsprechend der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung der ersten Therapiestufe. Das Ziel hinsichtlich der Mundhygienekontrolle ist, Verbesserungsbedarf zu identifizieren. Die Leistung nach Nr. UPT a ist mit 18 Punkten bewertet.

b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich) (UPT b)

Soweit erforderlich erfolgt eine erneute Mundhygieneunterweisung. Diese kann nach den Tragenden Gründen zum Richtlinienbeschluss des G-BA die Bestandteile individuelle Mundhygieneinstruktion und die praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene entsprechend der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung der ersten Therapie- stufe umfassen. Die Leistung nach Nr. UPT b ist mit 34 Punkten bewertet.

c) Vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofil- men und Belägen (UPT c)

Die Leistung nach Nr. UPT c ist mit drei Punkten je Zahn bewertet.

d) Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen (UPT d)

Die Messung von Sondierungstiefen und Sondierungsbluten nach Nr. UPT d wurde in den BEMA aufgenommen, um bei Versicherten mit einem Erkrankungsgrad B und C im weiteren Verlauf der UPT für die Entscheidung, ob eine subgingivale Instrumentierung nach UPT e oder f durchgeführt werden muss, auf jeweils aktuelle Werte von Sondierungstiefen und Sondierungsbluten zurückgreifen zu können. Aus diesem Grund ist Nr. UPT d nur bei Versicherten mit festgestelltem Grad B und C abrechenbar, und zwar bei Versicherten mit Grad B für die zweite (im ersten Jahr) und vierte UPT (im zweiten Jahr) und bei Versicherten mit festgestelltem Grad C für die zweite und dritte (im ersten Jahr) sowie die fünfte und sechste UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-Richtlinie (im zweiten Jahr).

Die Leistung nach Nr. UPT d ist mit 15 Punkten bewertet.

e) Subgingivale Instrumentierung an Zähnen mit Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je einwurzeligem Zahn

Die Leistung nach Nr. UPT e ist mit 5 Punkten bewertet.

f) Subgingivale Instrumentierung an Zähnen mit Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm, je mehrwurzeligem Zahn

Demnach besteht im Rahmen der UPT – anders als bei Erhebung des Parodontalstatus und nachfolgender AIT – bei einer Sondierungstiefe von 4 Millimetern nur dann ein Behandlungsbedarf, wenn mit der Messung ein Sondierungsbluten verbunden ist.

Die Leistung nach Nr. UPT f ist mit 12 Punkten bewertet.

g) Untersuchung des Parodontalzustands ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr

Die Untersuchung des Parodontalstatus ist einer erneuten Befundevaluation gleichzusetzen. Die Leistungsbestandteile sind bei beiden Leistungen identisch.

Die Leistung nach Nr. UPT g ist analog der Leistung nach Nr. BEV mit 32 Punkten bewertet.

Die Frequenz der Maßnahmen der UPT richtet sich nach dem bei der Erhebung des Parodontalstatus festgestellten Grad der Parodontalerkrankung. Bei Grad A können die Leistungen einmal im Kalenderjahr, bei Grad B zweimal im Kalenderjahr und bei Grad C dreimal im Kalenderjahr erbracht werden.

Anzunehmen ist, dass nach Durchführung der AIT eine geringere Anzahl an mit subgingivaler Instrumentierung nach Nr. UPT e oder f zu behandelnden Zähne resultiert, und dass sich durch die wiederholte subgingivale Instrumentierung im Rahmen der UPT die Anzahl der erneut mit dieser

Leistung zu behandelnden Zähne kontinuierlich weiter reduziert. Andererseits kann bei der Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen nach Nr. UPT d Behandlungsbedarf an Zähnen festgestellt werden, die bei der Erstellung des Parodontalstatus noch nicht therapiebedürftig waren.

Falls über den UPT-Zeitraum von zwei Jahren hinaus eine Verlängerung der UPT zahnmedizinisch erforderlich ist, kann eine Verlängerung, die in der Regel nicht länger als sechs Monate sein darf, beantragt werden. Die Verlängerung bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse kann den Antrag begutachten lassen. KZBV und der GKV-Spitzenverband werden hierfür in der Anlage 14a zum BMV-Z (Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung) einen Vordruck für die Beantragung einer Verlängerung der UPT vorsehen. Des Weiteren werden sie die Anlage 5 zum BMV-Z (Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien) anpassen.

3.9 Konservierend-chirurgische Maßnahmen, Versorgung mit Zahnersatz

Wie bisher sollen konservierend-chirurgische Behandlungen vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchgeführt werden.

Nach B. 11 e) der Zahnersatz-Richtlinie des G-BA zählt zu den Voraussetzungen für eine Versorgung mit Zahnersatz, dass notwendige Parodontalbehandlungen bereits vorgenommen sein müssen. Übertragen auf die neuen Regelungen zur Parodontitis-Therapie ist nach Auffassung des GKV-Spitzenverband diese Voraussetzung nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (AIT) und ggf. der chirurgischen Therapie (CPT) erfüllt.

Für weitere Einzelheiten zur Erstfassung der PAR-Richtlinie und des Beschlusses des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen wird auf die als Anlage 02 zum RS 2021/448 beigefügte PAR-Richtlinie, die dazugehörigen Tragenden Gründe als Anlage 03 zum RS 2021/448 sowie den Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen verwiesen (Anlage 04 zum RS 2021/448). Das Bundesministerium für Gesundheit hat beide Beschlüsse nicht beanstandet.

4. Anpassung der Behandlungsrichtlinie: Änderungen beim Parodontalen-Screening-Index und der Behandlung von Parodontalerkrankungen außerhalb der PAR-Richtlinie

4.1 Parodontaler-Screening-Index (PSI)

Mit den vorgenommenen Änderungen wurden die Regelungen zum Parodontalen Screening-Index (PSI) an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Gleichzeitig wurden die Regelungen zur Erhebung des PSI aus der bisherigen Verortung als Anlage zur Behandlungsrichtlinie herausgelöst und in Abschnitt B. I. neu verortet.

Um eine deutliche Verbindlichkeit der Information und der Entscheidungsfindung aufseiten der Versicherten zu erreichen, sehen die neuen Regelungen vor, dass die Versicherten mittels eines Vordrucks schriftlich über das Screening-Ergebnis (Sondierungstiefen, klinische Befunde, Gingivitis, Par-Behandlungsnotwendigkeit) informiert sowie gleichzeitig auf die Notwendigkeit einer verbesserten Mundhygiene mittels angeratener Hilfsmittel informiert werden.

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband werden hierzu in die Anlage 14a zum BMV-Z (Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung) einen neuen Vordruck 11 aufnehmen.

Die Bewertung der Erhebung des Parodontalen Screening-Index wurde durch den Bewertungsausschuss auf 12 Punkte festgesetzt.

4.2 Behandlung von Parodontalerkrankungen außerhalb der PAR-Richtlinie

Die nicht im Rahmen der systematischen Parodontitis-Therapie erfolgende Behandlungen von Parodontalabszessen, der nekrotisierenden Parodontitis oder der Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen wurden neu in Abschnitt B V. der Behandlungsrichtlinie verortet.

Die Behandlung dieser Parodontalerkrankungen unterliegt keiner Genehmigung durch die Krankenkasse und kann mit den im BEMA-Teil 1 zur Verfügung stehenden Leistungen durchgeführt werden.

Wie bisher gilt, dass die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut, nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört.

Für die näheren Einzelheiten zur Anpassung der Behandlungs-Richtlinie in Bezug auf den PSI und die Behandlung von Parodontalerkrankungen wird auf den als Anlage beigefügten Beschluss des G-BA (Anlage 05 zum RS 2021/448) einschließlich der dazugehörigen Tragenden Gründe (Anlage 06 zum RS 2021/448) verwiesen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diese Änderungen in der Behandlung-Richtlinie nicht beanstandet.

5. Anpassung der Behandlungs-Richtlinie: Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V außerhalb der PAR-Richtlinie

Der G-BA hat beschlossen, dass für besonders vulnerable Gruppen wie Pflegebedürftige und Versicherte mit Behinderungen Leistungen zur Behandlung einer Parodontitis in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang stehen sollen. Der G-BA hat den Anspruch auf diese Leistungen für diese Versichertengruppe in der Behandlungs-Richtlinie unter B. V. Nr. 2 a-d neu geregelt.

Die mit diesem Beschluss definierten Leistungen zur Behandlung von Parodontitis können bei Versicherten erbracht werden,

- die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten und
- bei denen die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist,

- oder die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen,
- oder bei denen die Kooperationsfähigkeit nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist.

Die Leistungen werden dann anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie erbracht. Grundlage hierfür ist eine Entscheidung des Vertragszahnarztes, dass eine systematische Behandlung von Parodontitis bei der oder dem jeweiligen Versicherten nicht durchgeführt werden kann.

Mit der Regelung wird das Ziel verfolgt, diesen Versicherten einen vereinfachten Zugang zu einer Parodontitis-Behandlung zu bieten.

Ist die vertragszahnärztliche Entscheidung getroffen worden, für die genannten Versichertengruppen eine Behandlung außerhalb der systematischen Behandlung durchzuführen, kann nicht gleichzeitig eine systematische Parodontitisbehandlung durchgeführt werden.

Die Leistungen zur Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V außerhalb der PAR-Richtlinie umfassen:

- Erhebung von Anamnese, Befund und Diagnose nach § 3 PAR-Richtlinie als Grundlage für die Therapie, sofern dies aufgrund der individuellen Situation der Versicherten oder des Versicherten nicht vollständig möglich ist, zumindest die Messung der Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern,
- die antiinfektiöse Therapie nach BEMA-Nr. AIT an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 4 mm.
- Für den Fall, dass einer Behandlung in Allgemeinnarkose erfolgt, kann in Ausnahmefällen an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 6 mm direkt eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen, CPT) nach BEMA-Nr. CPT erfolgen.
- Adjuvante systemische Antibiotikatherapie entsprechend der PAR-Richtlinie
- Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen oder gegebenenfalls der chirurgischen Therapie für die Dauer von zwei Jahren einmal je Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten:
 - Messung der Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern sowie die Erhebung von Sondierungsbluten nach Nr. UPT d
 - Subgingivale Instrumentierung an Zähnen mit Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je einwurzeligem Zahn oder mehrwurzeligem Zahn nach Nrn. UPT e bzw. UPT f
 - Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anheftenden Biofilmen und Belägen nach Nr. UPT c.

Um die Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung bei dieser Versichertengruppe niedrighwellig zu ermöglichen, unterliegt diese keinem Antrags- oder Genehmigungs-

gungsverfahren. Die Leistungen sind gegenüber der Krankenkasse jedoch zur Anzeige zu bringen. Hierfür haben die KZBV und der GKV-Spitzenverband in der Anlage 14a zum BMV-Z (Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung) einen neuen Vordruck 5d aufgenommen.

Für die näheren Einzelheiten zur Anpassung der Behandlungs-Richtlinie in Bezug auf die Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V außerhalb der PAR-Richtlinie wird auf den als Anlage beigefügten Beschluss des G-BA (Anlage 07 zum RS 2021/448) einschließlich der dazugehörigen Tragenden Gründe (Anlage 08 zum RS 2021/448) verwiesen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Änderungen in der Behandlungs-Richtlinie in Bezug auf die die Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V außerhalb der PAR-Richtlinie nicht beanstandet.

6. Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen zur Übergangsregelung zur Abrechnung von Leistungen zur Parodontitis-Behandlung nach BEMA-Teil 4

Mit der Übergangsregelung wird der Umgang mit PAR-Versorgungen im Hinblick auf den Stichtag des Inkrafttretens der neuen Bestimmungen und der diesbezüglich erforderlichen Abgrenzung zwischen altem und neuem Recht geregelt. Der Bewertungsausschuss hat in seine Erwägungen zum einen einbezogen, dass die neuen Leistungen möglichst von allen Versicherten und möglichst unmittelbar ab deren Inkrafttreten beansprucht werden können. Die Formulierung zu b) lässt sich dabei wie folgt begründen: Die Krankenkasse darf einen nach dem 01.07.2021 eingereichten „alten“ PAR-Plan nicht sofort ohne Weiteres ablehnen darf. Die Krankenkasse hat vielmehr nach Antragseingang den Sachverhalt von Amts wegen zu untersuchen (§ 20 SGB X). Mit dieser Sachaufklärungspflicht korrespondiert eine Beratungspflicht der Krankenkasse (§ 14 Satz 1 SGB I). Diese schließt die Verpflichtung ein, einen Antragsteller in verständlicher Weise auf Mängel in der Antragstellung oder seinem Vortrag hinzuweisen und ihm die Möglichkeit zu eröffnen, diese Mängel zu beseitigen. Als „milderes Mittel“ zur Ablehnung steht der Krankenkasse hier der Hinweis auf die Verwendung des „neuen“ PAR-Plans offen. Dieser kann anschließend (wenn die Voraussetzungen erfüllt sind) genehmigt werden. All dies wäre ein einziges, einheitliches Verwaltungsverfahren. Eine sofortige Ablehnung des „alten“ PAR-Plans scheint daher verwaltungsrechtlich angreifbar.

Die weiteren Einzelheiten können dem als Anlage beigefügtem Beschluss entnommen werden (Anlage 09 zum RS 2021/448).

7. Änderungen im Bundesmantelvertrag

Die Neuregelungen zur PAR-Therapie machen eine Anpassung verschiedener Anlagen des BMV-Z erforderlich. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf die Grundsätze der Anpassungen verständigt; eine konkrete Änderungsvereinbarung hierzu konnte allerdings noch nicht abgeschlossen werden. Sobald diese zwischen den Vertragspartnern abgestimmt ist, wird der GKV-Spitzenverband hierüber gesondert informieren.

7.1 **Anlage 1, Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung**

In Bezug auf eine Anpassung der Anlage 1 haben sich die KZBV und der GKV-Spitzenverband auf die folgenden Grundsätze für die Abrechnung verständigt.

1. Die erbrachten PAR-Leistungen werden nicht mehr am Ende der Behandlung abgerechnet. Die erste Abrechnung erfolgt frühestens nach Abschluss der AIT über die Monatsabrechnung. Ab diesem Zeitpunkt ist jede weitere Leistung monatlich abrechenbar. Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. Ab der Einführung des elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens gewährleistet die unveränderliche Antragsnummer die Erzeugung sog. Parodontalfälle.
2. Der Zwei-Jahres-Zeitraum der UPT beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung.
3. Im Falle einer Verlängerung der UPT können die Leistungen abgerechnet werden, die innerhalb des genehmigten Verlängerungszeitraums erbracht wurden.
4. Bei der Abrechnung ist der am Tag der jeweiligen Leistungserbringung gültige Punktwert für die Leistung anzusetzen. Der Vertragszahnarzt gibt das Datum der jeweiligen Leistungserbringung an.

Die Regelungen zur Bildung eines Mischpunktwerts sind entfallen, weil die Abrechnung zukünftig analog zur Abrechnung der KCH-Leistungen tagesgleich erfolgt. Zur Klarstellung wird darauf verwiesen, dass der am Tag der jeweiligen Leistungserbringung gültige Punktwert für die Leistung anzusetzen ist.

7.2 **Anlage 5, Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien**

Die Gutachtervereinbarung ist aufgrund der neuen Verpflichtung für den Vertragszahnarzt, die chirurgische Therapie (CPT, offenes Vorgehen) gegenüber der Krankenkasse anzuzeigen und die Verlängerung der UPT durch die Krankenkasse genehmigen zu lassen, entsprechend anzupassen.

Über die Grundsätze der erforderlichen Anpassung besteht zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband Einigkeit. Die konkreten Formulierungen stehen noch aus.

7.3 **Anlage 8a, Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)**

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darüber verständigt § 5 der Anlage 8a, Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für PAR-Leistungen, um folgende Punkte zu ergänzen:

- Angabe des Datums des Tags der Behandlung bei allen PAR-Leistungen,
- Kennzeichen „S“ für abgerechnete PAR-Leistungen außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V,

- Kennzeichen „V“ für abgerechnete Gebührennummern des BEMA-Z für Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden,
- Angabe des Datums des Abschlusses der Behandlung

Zum Abschluss der Behandlung ist anzumerken, dass die PAR-Behandlung zukünftig mit der Erbringung der letzten UPT-Leistung bzw. einer dazugehörigen Nachbehandlung nach der BEMA-Nr. 111 abgeschlossen ist und der Behandlungstag, an dem diese Leistung erbracht wurde als Datum des Abschlusses der Behandlung gilt. Für den Fall, dass es nach der Übermittlung des Datums des Abschlusses der Behandlung doch noch unerwartet zu Beschwerden kommt und der Zwei-Jahres-Zeitraum der UPT noch nicht beendet ist, kann nach gemeinsamer Auffassung von KZBV und GKV-Spitzenverband für die Beschwerdebehandlung die BEMA-Nr. 111 abgerechnet werden.

Über die Grundsätze der erforderlichen Anpassung besteht zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband Einigkeit. Die konkreten Formulierungen stehen noch aus.

7.4 Anlage 14a, Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung

In Anlage 14a werden die folgenden Formulare neu bzw. geändert aufgenommen (Anlage 10 zum RS 2021/448):

Vordruck 5a	Parodontalstatus Blatt 1
Vordruck 5b	Parodontalstatus Blatt 2
Vordruck 5c	Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
Vordruck 5d	Beantragung einer Verlängerung UPT (noch nicht besetzt)
Vordruck 5e	Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V
Vordruck 11	Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)
Vordruck 6a	Auftrag zur Begutachtung
Vordruck 6b	Ergebnis Begutachtung (KB/KG, PAR, ZE)
Vordruck 6d	Abrechnung Begutachtung

7.4.1 Vordruck 5a und b

Die Vordrucke 5a und 5b (Parodontalstatus Blatt 1 und 2) wurden neu entwickelt aufgrund der Änderungen bei der Erstellung von Anamnese, Befund, Diagnose und Status entsprechend den Anforderungen der PAR-Richtlinie.

7.4.2 Vordruck 5c (Mitteilung über eine chirurgische Therapie [offenes Vorgehen])

Nach § 12 der PAR-Richtlinie ist ein offenes Vorgehen an einzelnen Parodontien der Krankenkasse zur Kenntnis zu geben. Hierfür wurde in der Anlage 14a ein eigener Vordruck aufgenommen.

7.4.3 Vordruck 5d (Beantragung einer Verlängerung UPT)

Der Vordruck 5d für die Beantragung der Verlängerung der UPT ist noch nicht fertiggestellt. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband werden einen solchen Vordruck in den kommenden Monaten entwickeln. Eine Verwendung dieses Vordrucks ist zum 01.07.2021 nicht erforderlich, weil Verlängerungsanträge für eine UPT frühestens in zwei Jahren gestellt werden können.

7.4.4 Vordruck 5e (Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V)

Für die Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gegenüber der Krankenkasse anzuzeigen wurde Vordruck 5e in die Anlage 14a aufgenommen.

7.4.5 Vordrucke 6a, 6b und 6c

Die Vordrucke 6a, 6b und 6d (Vordrucke für die Begutachtung) mussten angepasst werden, weil zukünftig auch ein Antrag auf Verlängerung der UPT begutachtet werden kann.

7.4.6 Vordruck 11 Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Für die Information des Versicherten über das Ergebnis der Erhebung des PSI (Sondierungstiefen, klinische Befunde, Gingivitis, Par-Behandlungsnotwendigkeit) und über die angeratenen Hilfsmittel zur Verbesserung der Mundhygiene wurde Vordruck 11 in die Anlage 14 aufgenommen.

7.5 Anlage 14b, Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, in die Anlage 14b Ausfüllhinweise für den geänderten Parodontalstatus Blatt 1 und Blatt 2, die Mitteilung über eine chirurgische Therapie (CPT, offenes Vorgehen) und die Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V aufzunehmen.

7.5.1 Parodontalstatus Blatt 1 und 2

Für die näheren Einzelheiten wird auf die Anlage 11 zum RS 2021/448 verwiesen. Die Regelungen zur Abrechnung sind auf dem Formular entfallen, weil die Abrechnung schon seit längerem elektronisch erfolgt.

7.5.2 Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Für die näheren Einzelheiten wird auf die Anlage 02 zu diesem Rundschreiben verwiesen. Die Mitteilung über die CPT ist von der Zahnarztpraxis vorzunehmen, die die systematische PAR-Behandlung durchführt. Erfolgt die Behandlung der CPT in einer anderen Zahnarztpraxis, ist dies im Formular anzugeben.

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

Für die näheren Einzelheiten wird auf die Anlage 02 zum diesem Rundschreiben verwiesen.

8. Zahnarztwechsel, Krankenkassenwechsel

8.1 Zahnarztwechsel

Bis zur Einführung des elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens haben sich die KZBV und der GKV-Spitzenverband bei einem Zahnarztwechsel auf die folgende Vorgehensweise verständigt:

Im Falle eines Zahnarztwechsels tauschen sich der vorherige und der nachfolgende Vertragszahnarzt über die für diesen Behandlungsplan beantragten und schon erbrachten Leistungen aus. Der Vertragszahnarzt, der die Behandlung fortführt, übermittelt eine Kopie des alten Behandlungsplans an die Krankenkasse und teilt dieser mit, mit welcher Leistung er die Behandlung fortsetzt.

Im Zuge der Einführung des elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens wird es eine technische Lösung für den Zahnarztwechsel geben. Dabei wird geprüft, ob sich die für die Kieferorthopädie vorgesehenen Regelungen zum Zahnarztwechsel auf den Zahnarztwechsel bei einer Parodontitis-Behandlung übertragen lassen.

8.2 Krankenkassenwechsel

Im Falle eines Krankenkassenwechsels haben sich die KZBV und der GKV-Spitzenverband auf folgende Vorgehensweise verständigt:

- Die Zahnarztpraxis übermittelt den von der vorherigen Krankenkasse genehmigten PAR-Status unter Angabe der vorherigen Krankenkasse an die jetzige Krankenkasse.
- Wie in der Gemeinsamen Verlautbarung vom 09.10.2002 in der Fassung vom 22.09.2008 geregelt, soll weiterhin in analoger Anwendung der für den Bereich Zahnersatz entwickelten Verfahrensweise für die Übernahme der Kosten der AIT und die im Zusammenhang mit der AIT erbrachten Leistungen nach BEMA-Nr. 4, ATG und MHU die Krankenkasse zuständig sein, der der Versicherte am Tag der Erbringung der letzten AIT-Leistung angehört.
- Die Leistungen BEV und UPT, die monatlich abgerechnet werden, lassen sich taggenau zuordnen, sodass sich für diese Leistungen die Krankenkassenzuständigkeit daran orientiert, bei welcher Krankenkasse an dem Tag der Leistungserbringung ein Versicherungsverhältnis besteht.

Im Zuge der Einführung des elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens wird es eine technische Lösung für den Krankenkassenwechsel geben. Dabei wird geprüft, ob sich die für die Kieferorthopädie vorgesehenen Regelungen zum Krankenkassenwechsel auf den Krankenkassenwechsel bei einer Parodontitis-Behandlung übertragen lassen.

9. Zusammenfassende Darstellung der ab 01.07.2021 abrechenbaren PAR-Leistungen

Therapiestufe*	Nr.	Leistung	Maximale Abrechnungshäufigkeit je Fall
	4	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	1
I	ATG	Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch	1
	MHU	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	1
II	AIT	Antiinfektiöse Therapie a) je behandeltem einwurzeligen Zahn b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	Entsprechend der Anzahl der zu therapierenden Zähne
	BEV	Befundevaluation nach AIT	1
III	CPT	Chirurgische Therapie a) je behandeltem einwurzeligen Zahn b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	Entsprechend der Anzahl der zu therapierenden Zähne
	BEV	Befundevaluation nach CPT	1
IV	UPT	Unterstützende Parodontitistherapie	
		a) Mundhygienekontrolle	In Abhängigkeit vom Grad A/B/C der Erkrankung: 2/4/6
		b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)	In Abhängigkeit vom Grad A/B/C der Erkrankung: 2/4/6
		c) Supragingivale und gingivale Reinigung, je Zahn	Entsprechend der Anzahl der zu therapierenden Zähne
		d) Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen	In Abhängigkeit vom Grad der Erkrankung nur bei Grad B/C: 2/4
		e) Subgingivale Instrumentierung, je einwurzeligem Zahn	Entsprechend der Anzahl der nach UPT d zu therapierenden Zähne (Es handelt sich nicht notwendigerweise um die im PAR-Status angegebenen Zähne)
		f) Subgingivale Instrumentierung, je mehrwurzeligem Zahn	Entsprechend der Anzahl der nach UPT d zu therapierenden Zähne
	g) Untersuchung des Parodontalzustands	1	

Therapiestufe*	Nr.	Leistung	Maximale Abrechnungshäufigkeit je Fall
	108	Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	Abhängig vom individuellen Einzelfall
	111	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen, je Sitzung	Abhängig vom individuellen Einzelfall

*Therapiestufen nach: Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III Die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I-III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP), Dezember 2020

Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 08.09.2021 in Berlin

3. § 38 SGB V – Haushaltshilfe;

hier: Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bei einem in Haushalt lebenden Kind

Sachstand:

Nach § 38 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V erhalten Versicherte Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen einer stationären Krankenhausbehandlung, einer medizinischen Vorsorgeleistung, einer medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter, häuslicher Krankenpflege, einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V besteht der Anspruch auf Haushaltshilfe auch dann, wenn Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Lebt ein Kind im Haushalt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen (§ 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V). In diesen Fällen ist neben der Versorgung des Versicherten auch die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung des Kindes anspruchsauslösend.

Gemäß § 13 Abs. 2 SGB XI sind grundsätzlich alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung zu gewähren. Der Anspruch auf Haushaltshilfe kann somit grundsätzlich auch dann bestehen, wenn das im Haushalt lebende Kind aufgrund eines Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 einen eigenen Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI hat.



Für den Fall des erweiterten Haushaltshilfeanspruchs nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V sieht die gesetzliche Vorschrift explizit vor, dass bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI ein Anspruch auf Haushaltshilfe nicht besteht. In Fallgestaltungen, in denen im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, kann die notwendige Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung des Kindes anspruchsauslösend für die Weiterführung des Haushalts sein und den Anspruch ggf. zeitlich auf längstens 26 Wochen verlängern. Liegt bei dem im Haushalt lebenden Kind eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gemäß SGB XI vor, ist gleichzeitig zu berücksichtigen, dass dieses Kind auch einen eigenständigen Sozialleistungsanspruch in Form der häuslichen Pflege nach dem SGB XI hat. Die Fachkonferenz hat in diesen Fallkonstellationen auf der Grundlage eines Besprechungsergebnisses vom 20. + 21.03.2018 die Auffassung vertreten, dass im Hinblick auf die Abgrenzung eines Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V von dem eigenständigen Sozialleistungsanspruch des im Haushalt lebenden Kindes eine einzelfallbezogene Prüfung des Leistungsanspruchs und –umfangs an Haushaltshilfe unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI erforderlich ist (siehe Anlage). Mit dem „Gemeinsamen Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (– KHSG) zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege in der Fassung vom 21.03.2018“ wurde im Abschnitt 2.2.1.3 die entsprechende Umsetzung empfohlen.

Auch für den Grundanspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V ist ebenfalls unter Beachtung der Gegebenheiten des Einzelfalls zu prüfen, inwieweit ein Bedarf an der Weiterführung des Haushalts besteht. Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht insoweit, als der Versicherte den Haushalt selbst geführt hat; der Anspruch ist demnach ausgeschlossen, wenn die wesentlichen Haushaltsarbeiten einschließlich der Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder durch Dritte verrichtet wurden. Da sich die Leistungen nach dem SGB V und SGB XI inhaltlich in Teilen überschneiden können, ist zur Beurteilung des Leistungsumfangs der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V daher ebenfalls einzelfallbezogen zu prüfen, ob und ggf. in welchem Umfang ein Bedarf an Haushaltsführung besteht. Für die Beurteilung des Leistungsumfangs der Haushaltshilfe sind folglich die für das pflegebedürftige Kind tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung zur Führung des Haushalts zu berücksichtigen.



Aus der Praxis liegen Hinweise vor, wonach Krankenkassen Anträge auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V für die Versorgung von pflegebedürftigen Kindern mit der Begründung ablehnen, dass die Leistungen nach dem SGB XI – insbesondere die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI – vorrangig in Anspruch zu nehmen seien. Aus diesem Grund war eine Beratung in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und -teilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass, sofern bei dem im Haushalt lebenden Kind eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gemäß SGB XI vorliegt, die Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V nicht mit Verweis auf die vorrangig in Anspruch zu nehmenden Leistungen nach dem SGB XI abgelehnt werden kann. Aufgrund des insoweit bestehenden eigenständigen Sozialleistungsanspruchs des Kindes bedarf es einer einzelfallbezogenen Prüfung des Leistungsumfangs an Haushaltshilfe unter Berücksichtigung der tatsächlich in Anspruch genommenen Hilfen bei der Haushaltsführung nach dem SGB XI.

Anlage



- nicht besetzt -





Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 20./21.03.2018 in Berlin

1. § 38 SGB V – Haushaltshilfe;

hier: Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bei einem im Haushalt lebenden Kind

Sachstand:

1. Gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Lebt ein Kind im Haushalt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen (§ 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V). In diesen Fällen ist neben der Versorgung des Versicherten auch die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung des Kindes anspruchsauslösend.

In dem gemeinsamen Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege wurden grundlegende Hinweise u.a. zu den Leistungsansprüchen zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V mit Blick auf die Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, gegeben. Das gemeinsame Rundschreiben enthält in Abschnitt 2.2.1.3 Ausführungen zu dem auf bis zu 26 Wochen verlängerten Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V, wenn bei Beginn der Haushaltshilfe ein Kind im Haushalt lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Für Kinder mit Behinderung, die deswegen auf Hilfe angewiesen sind, gibt es keine altersmäßige Begrenzung.





In diesem Kontext wird ausgeführt: „Liegt bei dem im Haushalt lebenden Kind eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gemäß SGB XI vor, bedarf es aufgrund des insofern bestehenden eigenständigen Sozialleistungsanspruchs des Kindes zur Vermeidung einer Versorgungslücke keiner Erweiterung des Haushaltshilfeanspruchs. In die Beurteilung, ob mit Blick auf den verlängerten Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V im Haushalt ein Kind lebt, sind deshalb nur Kinder einzubeziehen, für die kein Anspruch auf Pflegeleistungen gemäß dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI besteht.“

Die genannten Ausführungen zur Nichtberücksichtigung von Kindern mit einem Anspruch auf Pflegeleistungen gemäß dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI im Hinblick auf den verlängerten Anspruch auf Haushaltshilfe kann für die Versorgung der Kinder zu Versorgungslücken führen, da sich die Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und die Pflegeleistungen nach dem SGB XI nur zum Teil decken. Insbesondere die Betreuung und Beaufsichtigung der im Haushalt lebenden Kinder, die nach § 38 SGB V geschuldet wird, ist nicht identisch mit den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Rahmen der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI.

2. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am 21.12.2017 beschlossen, die Richtlinie über die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) in Bezug auf den Anspruch auf Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V zu ändern. Demgemäß ist die Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans und kann verordnet werden, wenn
- eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung vorliegt und
 - die dadurch resultierenden krankheits- oder behandlungsbedingten Beeinträchtigungen in einem Maß vorliegen, dass die oder der Versicherte sich nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann und
 - der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nur für einen voraussichtlich vorübergehenden Zeitraum vorliegt und
 - keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 gemäß §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt.

Des Weiteren wurde der Verordnungsvordruck 12 zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege mit Wirkung zum 01.10.2017 überarbeitet und sieht u.a. zur Verordnung der Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V ein gesondertes Ankreuzfeld vor.



Aufgrund des o.g. Beschlusses des G-BA und der Überarbeitung des Verordnungsvordrucks 12 sind in den Abschnitten 3.1, 3.2.1, 3.2.4, 3.4.2, 3.5, 3.6.1 und 3.6.2 des gemeinsamen Rundschreibens vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege Änderungen erforderlich. An den grundsätzlichen Kriterien zum Leistungsanspruch ergeben sich keine Änderungen, da diese durch die Neufassung der HKP-Richtlinie insoweit nicht geändert wurden.

Aus diesen Gründen war eine Beratung in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

Besprechungsergebnis:

1. Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass die Voraussetzungen und der Inhalt des nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V ggf. auf bis zu 26 Wochen verlängerten Anspruchs auf Haushaltshilfe jeweils im Einzelfall unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI zu prüfen sind. An den Ausführungen in Abschnitt 2.2.1.3 des gemeinsamen Rundschreibens vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege, wonach in die Beurteilung eines verlängerten Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V nur Kinder einzubeziehen sind, für die kein Anspruch auf Pflegeleistungen gemäß dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI besteht, wird nicht weiter festgehalten. Der letzte Absatz in Abschnitt 2.2.1.3 des gemeinsamen Rundschreibens wird wie folgt gefasst:

Liegt bei dem im Haushalt lebenden Kind eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gemäß SGB XI vor, bedarf es aufgrund des insoweit bestehenden eigenständigen Sozialleistungsanspruchs des Kindes einer einzelfallbezogenen Prüfung des Leistungsanspruchs und -umfangs an Haushaltshilfe unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI.

Daraus ergeben sich Folgeänderungen in den Abschnitten 2.2.1.5, 2.2.5.5 und 5 des gemeinsamen Rundschreibens.



2. Die Besprechungsteilnehmer/-innen vereinbaren einvernehmlich, dass in den Abschnitten 3.1, 3.2.1, 3.2.4, 3.4.2, 3.5, 3.6.1 und 3.6.2 des gemeinsamen Rundschreibens vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege Anpassungen aufgrund des Beschlusses des G-BA zur Überarbeitung der HKP-Richtlinie zum Anspruch auf Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V und der Überarbeitung des Verordnungsvordrucks 12 vorgenommen werden.

Darüber hinaus werden in den übrigen Abschnitten geringfügige redaktionelle Änderungen durchgeführt.

3. Die Besprechungsteilnehmer/-innen beschließen das in der Anlage beigefügte gemeinsame Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege in der Fassung vom 21.03.2018.

Anmerkung:

Sofern von den Änderungen Regelungen zur häuslichen Krankenpflege tangiert sind, erfolgt im Nachgang zur Sitzung eine Abstimmung im Kreis der Fachkonferenz Pflege.

Anlage