

46. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z

Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**, K. d. ö. R., Köln

und der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

Änderung der Anlage 1 BMV-Z

hier: Überweisungen,
KBR: Leistungsumfang,
KFO: Abrechnung digitale vorbereitende Maßnahmen, Therapieänderung, Zahnarztwechsel
mit Einstieg in die Behandlung,
PAR: Abrechnung Zahnarztwechsel mit Einstieg in die Behandlung,
CPT bei Überweisung

Änderung der Anlage 4 BMV-Z

hier: Zahnarztwechsel, Kassenwechsel, Therapieänderung

Änderung der Anlage 5 BMV-Z

hier: Überweisung CPT, Verlängerung UPT, Zahnarztwechsel, Kassenwechsel

Änderung der Anlage 6 BMV-Z

hier: Redaktionelles, Zahnarztwechsel, Kassenwechsel

Änderung der Anlage 8a BMV-Z

hier: BEMA 7aD

Änderung der Anlagen 14a und 14c BMV-Z

hier: Überführung Vordruck e01 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) zu Anlage 14c,
Streichung Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)

Änderung der Anlagen 14b und 14d BMV-Z

hier: Überführung der Ausfüllhinweise betr. Vordruck e01
(Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) zu Anlage 14d

Weitere Änderungen der Anlage 14b BMV-Z

hier: Personalienfeld, Ausfüllhinweise zu Vordrucken 3e (Direktabrechnung Zahnersatz), 5a
und 5b (PAR), 5c (CPT), 5e (PAR bei Versicherten nach § 22a SGB V), Muster 2 (Verord-
nung von Krankenhausbehandlung)

Weitere Änderungen der Anlage 14c BMV-Z

hier: Aktualisierung der eFormulare auf Version 1.6 sowie Ergänzung eFormular 5d (Antrag
auf Verlängerung der UPT),

Weitere Änderungen der Anlage 14d BMV-Z

hier: Vorwort, Ausfüllhinweise eFormulare 2 (KBR, KG), 3 (HKP), 4 (KFO), 5a (PAR-Status
Blatt 1), 5b (PAR-Status Blatt 2), 5e (Anzeige PAR § 22a SGB V) und MIT 8 (Mitteilung über
eine chirurgische Therapie)

Änderung der Anlage 15 BMV-Z

hier: Redaktionelles, Art und Inhalt der Antragsdaten, Gutachterverfahren, Störfallregelung

Aufnahme einer Anlage B zum BMV-Z

Katalog kieferorthopädischer Mehrleistungen und Zusatzleistungen

Artikel 1

Änderung der Anlage 1 BMV-Z

(I) Ziffer 2.3 wird wie folgt gefasst:

- 2.3 ¹Überweisungen erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt, das aufgrund des Bundesmantelvertrags-Ärzte vereinbart wird. ²Die Überweisung muss die in Anlage 14b BMV-Z vorgegebenen Angaben zum Personalfeld sowie zum Grund der Überweisung enthalten. ³Die Überweisung ist mit Unterschrift und Stempel des Vertragszahnarztes zu versehen. ⁴Überweisungen können unter Beachtung der Angaben nach Satz 2 individuell mittels EDV gestaltet werden.

(II) Ziffer 3.1.1 wird wie folgt gefasst:

3.1.1 Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen

¹Vor Beginn der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erstellt der Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Behandlungsplan mit den nach § 8 der Anlage 15 BMV-Z erforderlichen Angaben und übermittelt ihn an die Krankenkasse. ²Die Krankenkasse sendet einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob der Antrag genehmigt oder abgelehnt wird. ³Mit der Behandlung soll erst nach Genehmigung des Behandlungsplans begonnen werden. ⁴Hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen. ⁵Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. ⁶Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Näheres vereinbaren. ⁷Ist auf Landesebene ein Genehmigungsverzicht vereinbart, entfällt die Übermittlung der Behandlungsplanung an die Krankenkasse.

(III) Ziffer 3.1.2 wird wie folgt gefasst:

3.1.2 Behandlungsplanung bei Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels

¹Vor Beginn der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels erstellt der Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Behandlungsplan mit den nach § 7 der Anlage 15 BMV-Z erforderlichen Angaben. ²Die geplante Behandlung ist vom Vertragszahnarzt der Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen; die Anzeige umfasst auch die Leistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der durchzuführenden Behandlung erfolgen und unter „Vorgesehene Behandlung“ einzutragen sind (z. B. Verbandsplatten, Schienungen oder Aufbissbehelfe, die für die Behandlung erforderlichen konservierend-chirurgischen Leistungen).

(IV) Nach Ziffer 4.3.3 werden Ziffern 4.3.4 bis 4.3.6 wie folgt eingefügt:

- 4.3.4 Vorbereitende Maßnahmen gemäß BEMA-Nr. 7 a, die digital erfolgen, sind zusätzlich mit dem Buchstaben „D“ zu kennzeichnen.

4.3.5 Abrechnung bei Therapieänderung

¹Im Falle einer Therapieänderung sind diejenigen Leistungen, die innerhalb des laufenden Quartals vor dem Datum der Genehmigung der Therapieänderung erbracht wurden, auf den ursprünglichen Behandlungsplan hin abzurechnen. ²Auf den Therapieänderungsplan hin sind diejenigen Leistungen abzurechnen, die innerhalb des laufenden Quartals ab dem Datum der Genehmigung der Therapieänderung erbracht wurden. ³Leistungen nach den BEMA-Nrn. 119/120, die innerhalb des laufenden Quartals der Genehmigung der Therapieänderung erbracht wurden, können entweder auf den ursprünglichen Behandlungsplan oder den Therapieänderungsplan hin abgerechnet werden.

4.3.6 Abrechnung bei einem Vertragszahnarztwechsel mit Einstieg in die Behandlung

¹Bei einem Vertragszahnarztwechsel rechnet der vorherige Vertragszahnarzt alle kieferorthopädischen Leistungen ab, die bis zum Zeitpunkt des Vertragszahn-

arztwechsels bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden. ²Der neue Vertragszahnarzt rechnet alle Leistungen ab, die ab dem Einstieg in die Behandlung bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden. ³Die Abrechnung eines Abschlags nach den BEMA-Nrn. 119/120 darf bezogen auf einen Versicherten nur einmal gegenüber der Krankenkasse erfolgen.

(V) Ziffer 5.2 wird wie folgt gefasst und ergänzt:

5.2 Abrechnung

5.2.1 ¹Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. ²Die erste Abrechnung erfolgt frühestens nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (AIT) über die Monatsabrechnung. ³Ab diesem Zeitpunkt ist jede weitere Leistung monatlich abrechenbar. ⁴Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. ⁵Der Zwei-Jahres-Zeitraum der UPT beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung. ⁶Im Falle einer Verlängerung der UPT können die Leistungen abgerechnet werden, die innerhalb des genehmigten Verlängerungszeitraums erbracht wurden. ⁷Bei der Abrechnung ist der am Tag der jeweiligen Leistungserbringung gültige Punktwert für die Leistung anzusetzen. ⁸Leistungen, die zur Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei den anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V erbracht werden, sind mit dem Buchstaben „S“ zu kennzeichnen. ⁹Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden, sind mit dem Buchstaben „V“ zu kennzeichnen.

5.2.2 Abrechnung bei einem Vertragszahnarztwechsel mit Einstieg in die Behandlung

¹Bei einem Vertragszahnarztwechsel rechnet der vorherige Vertragszahnarzt alle parodontologischen Leistungen ab, die bis zum Zeitpunkt des Vertragszahnarztwechsels bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden. ²Der neue Vertragszahnarzt rechnet alle Leistungen ab, die ab dem Einstieg in die Behandlung bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden.

(VI) Nach Ziffer 5.2.2 wird Ziffer 5.3 wie folgt eingefügt:

5.3 Abrechnung chirurgische Parodontitistherapie (CPT) bei Überweisung

¹In Fällen, in denen der Versicherte zur Durchführung der CPT an eine andere Praxis überwiesen wird, rechnet der die chirurgische Parodontitistherapie durchführende Vertragszahnarzt die erbrachten Leistungen nach den BEMA-Nrn. CPT a und CPT b ab. ²Bei der Abrechnung ist zusätzlich die Zahnarzt Nummer des überweisenden Vertragszahnarztes anzugeben. ³Die Abrechnung der BEMA-Nr. BEV durch den die Überweisung annehmenden Vertragszahnarzt ist ausgeschlossen.

Artikel 2

Änderung der Anlage 4 BMV-Z

(I) In § 1 der Anlage 4 werden die Absätze 1 bis 3 wie folgt gefasst:

- (1)** ¹Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung erstellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan mit den nach § 9 der Anlage 15 BMV-Z erforderlichen Angaben und übermittelt ihn an die Krankenkasse. ²Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA), Teil 3. ³Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 mit einem Verlängerungsantrag gemäß § 9 der Anlage 15 BMV-Z zu beantragen.
- (2)** ¹Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster des Vordrucks 4b der Anlage 14a BMV-Z

mitzuteilen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. ²Der Vertragszahnarzt hat der Krankenkasse ebenfalls mitzuteilen, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. ³Die Mitteilung erfolgt durch Übersendung eines Mitteilungsdatensatzes nach § 12 der Anlage 15 BMV-Z.

- (3) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit einer Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt. ²Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum grundsätzlich in elektronischer Form an die zuständige KZV. ³Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. ⁴Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. ⁵Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln. ⁶Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. ⁷Erfolgt keine Kostenübernahme, hat die Krankenkasse den Vertragszahnarzt hierüber ebenfalls mit einem Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z zu unterrichten. ⁸Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Behandlungsplans die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

(II) In § 1 der Anlage 4 werden nach Absatz 3 die Absätze 4 bis 6 wie folgt eingefügt:

- (4) ¹Wechselt der Versicherte während der Behandlung den Vertragszahnarzt, ist vom neuen Vertragszahnarzt entweder ein Antrag mit Neuplanung (Neuaufnahme des Behandlungsfalls) zu stellen oder eine Planübernahme (Einstieg in die laufende Behandlung) auf Grundlage des der Krankenkasse bereits vorliegenden Behandlungsplans des vorherigen Vertragszahnarztes zu beantragen. ²Der vorherige Vertragszahnarzt stellt dem neuen Vertragszahnarzt auf Anforderung die benötigten Unterlagen (bspw. Kopie bzw. Ausdruck des Antrags mit Angabe der Abschlagsnummer, über die letztmals abgerechnet wurde, Röntgenbilder oder Modelle), ggf. über den Versicherten, zur Verfügung. ³In Fällen, in denen in die laufende Behandlung eingestiegen wird, erstellt der neue Vertragszahnarzt einen eigenen Antrag mit Verweis auf die Antragsnummer des zuletzt genehmigten Antrags und unter Angabe der Daten zum Versicherten, zur Krankenkasse und zur Praxis sowie der Angabe des Kennzeichens „Einstieg in die Behandlung“ und des Quartals, in dem der Einstieg in die Behandlung erfolgt sowie der Leistungen aus dem zuletzt genehmigten Antrag, die ab dem Einstieg in die Behandlung erbracht werden. ⁴Eine im Zusammenhang mit dem Einstieg in die Behandlung geplante Therapieänderung oder Verlängerung muss im Nachgang an den Antrag zum Behandlungseinstieg separat beantragt werden. ⁵Entsprechendes gilt für die Mitteilung über zusätzlich erforderliche Leistungen. ⁶Der Antrag auf Behandlungseinstieg erfolgt durch Übermittlung des entsprechenden Datensatzes gemäß § 9 der Anlage 15 BMV-Z. ⁷Die Krankenkasse informiert den neuen Vertragszahnarzt mit einem Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z über die Genehmigung des Antrags auf Einstieg in die Behandlung; eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. ⁸Im Übrigen gelten die Absätze 1 und 3 entsprechend.
- (5) ¹Wechselt der Versicherte während der Behandlung die Krankenkasse, informiert die vorherige Krankenkasse den Vertragszahnarzt über den Zeitpunkt des Erlöschens des Leistungsanspruchs des Versicherten. ²Dies erfolgt mittels eines Widerrufs (Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit Verarbeitungskennzeichen „Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs“). ³Der Vertragszahnarzt vermerkt dies in seinem System und fordert den Versicherten beim nächsten Termin in der Praxis auf, den neuen Anspruchsnachweis vorzulegen. ⁴Der Vertragszahnarzt übermittelt den von der

vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplan unter zusätzlicher Angabe des Institutionskennzeichens der vorherigen Krankenkasse, des Kennzeichens „Krankenkassenwechsel“ und des Abschlags, bis zu dem mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet wird, unverzüglich an die neue Krankenkasse. ⁵Die neue Krankenkasse teilt dem Vertragszahnarzt die Kostenübernahme und das Quartal des Anspruchsbeginns über einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit; eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. ⁶Die laufende Behandlung muss nicht unterbrochen werden. ⁷Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

- (6) ¹Bei einer Therapieänderung erstellt der Vertragszahnarzt einen neuen Behandlungsplan unter Angabe der Leistungen, die ab der Genehmigung der Therapieänderung erbracht werden sollen, zur Vorlage bei der Krankenkasse. ²Diese erfolgt über einen neuen Antragsdatensatz gemäß § 9 der Anlage 15 BMV-Z als Änderungsantrag mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer. ³Die Krankenkasse meldet dem Vertragszahnarzt, ob sie die Therapieänderung genehmigt oder ablehnt. ⁴Dies erfolgt durch einen Antwortdatensatz für den neuen Antragsdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z. ⁵Bei Genehmigung bleibt die Leistungszusage der Krankenkasse für den ursprünglichen KFO-Behandlungsplan bis zum Genehmigungsdatum der Therapieänderung bestehen; dessen unbeschadet bleibt die Zusage für Leistungen nach den BEMA-Nrn. 119/120 bis zum Ende des Quartals bestehen, in dem die Genehmigung der Therapieänderung erfolgt.

(III) Der bisherige Absatz 4 des § 1 wird Absatz 7.

(IV) § 2 Abs. 2 Satz 1 der Anlage 4 wird wie folgt gefasst:

¹Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan in zweifacher Ausfertigung (Ausdruck eFormular 4a nach Anlage 14c BMV-Z) an den Vertragszahnarzt und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens.

(V) § 3 Abs. 5 der Anlage 4 wird wie folgt gefasst:

- (5) ¹Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplans (Ausdruck eFormular 4a nach Anlage 14c BMV-Z) der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplans der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück.

(VI) § 4 Abs. 2 der Anlage 4 wird wie folgt gefasst:

- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV den Behandlungsplan, den Verlängerungsantrag oder den Antrag auf Therapieänderung (Ausdruck eFormular 4a nach Anlage 14c BMV-Z), das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.

Artikel 3

Änderung der Anlage 5 BMV-Z

(I) In § 1 der Anlage 5 werden die Absätze 1 bis 4 wie folgt gefasst:

- (1) Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus mit den nach § 10 der Anlage 15 BMV-Z geforderten Angaben zu erstellen und an die Krankenkasse zu übermitteln.
- (2) ¹Die Krankenkasse meldet dem Vertragszahnarzt mit einem Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, ob sie die Behandlung genehmigt oder ablehnt. ²Mit der Behandlung soll erst nach Eingang der Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von

Schmerzen. ³Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Parodontalstatus die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

- (3) ¹Stellt sich nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (geschlossenes Vorgehen – AIT) im Rahmen der Befundevaluation heraus, dass eine chirurgische Parodontitistherapie (offenes Vorgehen – CPT) an einzelnen Parodontien erforderlich ist, so ist deren Durchführung vom Vertragszahnarzt der Krankenkasse im zeitlichen Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung bzw. der Überweisung des Versicherten zur Durchführung der CPT an einen anderen Vertragszahnarzt zur Kenntnis zu geben. ²Die Kenntnissgabe erfolgt durch Zusendung eines Mitteilungsdatensatzes gemäß § 12 der Anlage 15 BMV-Z. ³Im Falle der Überweisung sind dem die CPT durchführenden Vertragszahnarzt, ggf. über den Versicherten, die Röntgenbilder, eine Kopie bzw. ein Ausdruck des vollständigen PAR-Status sowie eine Dokumentation der Ergebnisse der Befundevaluation (BEV a) auszuhändigen. ⁴Die Überweisung erfolgt schriftlich; es gilt Ziffer 2.3 der Anlage 1 BMV-Z.
- (4) ¹Die Genehmigung bzw. die Kostenübernahmeerklärung gemäß Absatz 2 Satz 1 und 2 schließt Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein. ²Eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen über diesen Zeitraum hinaus ist vom Vertragszahnarzt möglichst zeitnah nach Erbringung der letzten UPT-Leistung bei der Krankenkasse zu beantragen. ³Dies erfolgt durch einen Verlängerungsantrag gemäß § 10a der Anlage 15 BMV-Z. ⁴Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten; der Verlängerungszeitraum beginnt mit dem Tag der Kostenübernahmeerklärung, frühestens am Tag nach Ablauf der zweijährigen UPT-Phase zu laufen. ⁵Die Bestimmungen über die zeitlichen Mindestabstände zwischen den einzelnen UPT-Maßnahmen gemäß § 13 der PAR-Richtlinie und gemäß BEMA-Nr. UPT sind über den zweijährigen UPT-Zeitraum hinaus bis zum Ende des Verlängerungszeitraums zu beachten. ⁶Im Übrigen gelten die Regelungen von Absatz 2 sinngemäß.
- (II) In § 1 der Anlage 5 werden nach Absatz 4 die Absätze 5 bis 6 wie folgt eingefügt:
- (5) ¹Wechselt der Versicherte während der Behandlung den Vertragszahnarzt, ist vom neuen Vertragszahnarzt entweder ein Antrag mit Neuplanung (Neuaufnahme des Behandlungsfalls) zu stellen oder eine Planübernahme (Einstieg in die laufende Behandlung) auf Grundlage des der Krankenkasse bereits vorliegenden Behandlungsplans des vorherigen Vertragszahnarztes zu beantragen. ²Der vorherige Vertragszahnarzt stellt dem neuen Vertragszahnarzt auf Anforderung die benötigten Unterlagen (bspw. Kopie bzw. Ausdruck des genehmigten PAR-Status, des Antrags auf Verlängerung der UPT, Röntgenbilder, sofern erfolgt die Ergebnisse der Befundevaluation, Angabe der bereits erbrachten Leistungen), ggf. über den Versicherten, zur Verfügung. ³In Fällen, in denen in die laufende Behandlung eingestiegen wird, erstellt der neue Vertragszahnarzt einen eigenen Antrag mit Verweis auf die Antragsnummer des zuletzt genehmigten Antrags und unter Angabe der Daten zum Versicherten, zur Krankenkasse und zur Praxis sowie der Angabe des Kennzeichens „Einstieg in die Behandlung“ und derjenigen Leistungen, die ab dem Einstieg in die Behandlung erbracht werden. ⁴Dies erfolgt durch Übermittlung des entsprechenden Datensatzes gemäß § 10, ggf. 10a der Anlage 15 BMV-Z. ⁵Die Krankenkasse informiert den neuen Vertragszahnarzt über die Genehmigung des Einstiegs in die Behandlung durch Zusendung eines entsprechenden Antwortdatensatzes mit Genehmigungsvermerk; eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. ⁶Soweit der Einstieg nach Durchführung der Befundevaluation (BEV) erfolgt, kann die vom vorherigen Vertragszahnarzt bereits durchgeführte BEV nicht erneut abgerechnet werden. ⁷Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 und 7 entsprechend.

- (6) ¹Wechselt der Versicherte während der Behandlung die Krankenkasse, informiert die vorherige Krankenkasse den Vertragszahnarzt über den Zeitpunkt des Erlöschens des Leistungsanspruchs des Versicherten. ²Dies erfolgt mittels eines Widerrufs (Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit Verarbeitungskennzeichen „Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs“). ³Der Vertragszahnarzt vermerkt dies in seinem System und fordert den Versicherten beim nächsten Termin in der Praxis auf, den neuen Anspruchsnachweis vorzulegen. ⁴Der Vertragszahnarzt übermittelt den von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten PAR-Status bzw. den Antrag auf Verlängerung der UPT unter zusätzlicher Angabe des Institutionskennzeichens der vorherigen Krankenkasse, des Kennzeichens „Krankenkassenwechsel“ und der beantragten Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden, sowie der Benennung der zuletzt erbrachten UPT (nicht UPT-Leistung) nach ihrer Ordnungszahl in der Abfolge der erbrachten UPT, unverzüglich an die neue Krankenkasse. ⁵Die neue Krankenkasse teilt dem Vertragszahnarzt die Kostenübernahme über einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit; eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. ⁶Die laufende Behandlung muss nicht unterbrochen werden. ⁷Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 und 7 entsprechend.

(III) Der bisherige Absatz 5 des § 1 wird Absatz 7.

(IV) § 2 Abs. 2 Satz 1 der Anlage 5 wird wie folgt gefasst:

¹Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Ausdruck eFormulare 5a [Blatt 1] und 5b [Blatt 2] nach Anlage 14c BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens durch Übermittlung eines Exemplars des Vordrucks 6a.

(V) § 2 Abs. 3 Satz 1 der Anlage 5 wird wie folgt gefasst:

¹Die Krankenkasse sendet den Antrag auf Verlängerung der UPT-Maßnahmen (Ausdruck eFormular 5d nach Anlage 14c BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens durch Übermittlung eines Exemplars des Vordrucks 6a.

Artikel 4

Änderung der Anlage 6 BMV-Z

(I) § 1 Abs. 1 der Anlage 6 wird wie folgt gefasst:

- (1) ¹Anhand des Befunds ist vom Vertragszahnarzt ein Heil- und Kostenplan (HKP) mit den nach § 11 der Anlage 15 BMV-Z erforderlichen Angaben zu erstellen und an die Krankenkasse zu übermitteln. ²Der HKP ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.

(II) § 1 Abs. 3 der Anlage 6 wird wie folgt gefasst:

- (3) ¹Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen eine Kostenübernahmeerklärung mit Zuschussfestsetzung ab. ²Dies erfolgt durch einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z. ³Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss. ⁴Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. ⁵Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplans einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

(III) In § 1 der Anlage 6 werden nach Absatz 3 die Absätze 4 bis 5 wie folgt eingefügt:

- (4) ¹Wechselt der Versicherte während der Behandlung den Vertragszahnarzt, ist vom neuen Vertragszahnarzt grundsätzlich ein Antrag mit Neuplanung (Neuaufnahme des Behandlungsfalls) zu stellen. ²Es gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.
- (5) ¹Wechselt der Versicherte während der Behandlung die Krankenkasse, informiert die vorherige Krankenkasse den Vertragszahnarzt über den Zeitpunkt des Erlöschens des Leistungsanspruchs des Versicherten. ²Dies erfolgt mittels eines Widerrufs (Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit Verarbeitungskennzeichen „Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs“). ³Der Vertragszahnarzt vermerkt dies in seinem System und fordert den Versicherten beim nächsten Termin in der Praxis auf, den neuen Anspruchsnachweis vorzulegen. ⁴Der Vertragszahnarzt übermittelt den von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten HKP unter zusätzlicher Angabe des Institutionskennzeichens der vorherigen Krankenkasse und des Kennzeichens „Krankenkassenwechsel“ unverzüglich an die neue Krankenkasse. ⁵Die neue Krankenkasse teilt dem Vertragszahnarzt die Kostenübernahme über einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit; eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. ⁶Die laufende Behandlung muss nicht unterbrochen werden. ⁷Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.
- (IV) Der bisherige Absatz 4 des § 1 wird mit Wirkung zum 01.01.2024 Absatz 5, mit Wirkung zum 01.01.2025 Absatz 6, und wie folgt gefasst:
- (6) ¹Bei nachträglichen Änderungen des Befunds oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Krankenkasse ein neuer HKP als Änderungsantrag mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer zur Neufestsetzung des Zuschusses zu übermitteln. ²Die Krankenkasse meldet dem Vertragszahnarzt, ob sie den Änderungsantrag genehmigt oder ablehnt. ³Im Falle einer Zustimmung widerruft sie die Genehmigung für den ursprünglichen Antrag. ⁴Dies erfolgt durch einen Antwortdatensatz für den neuen Antragsdatensatz und einen Widerruf für den ursprünglichen Datensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z.
- (V) § 2 Abs. 1 Satz 5 der Anlage 6 wird wie folgt gefasst:
- ⁵Die Krankenkasse übersendet den HKP (Ausdruck eFormular 3 nach Anlage 14c BMV-Z) unverzüglich einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis.
- (VI) § 2 Abs. 2 der Anlage 6 wird wie folgt gefasst:
- (2) ¹Nach Abschluss der Begutachtung teilt die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt mit, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden. ²Dazu übersendet sie einen Antwortdatensatz gemäß § 14 Anlage 15 BMV-Z an den Vertragszahnarzt mit dem Hinweis „Gutachterlich befürwortet“, „Gutachterlich nicht befürwortet“ oder „Gutachterlich teilweise befürwortet“.
- (VII) § 3 Abs. 4 Satz 1 der Anlage 6 wird wie folgt gefasst:
- ¹Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem HKP (Ausdruck eFormular 3 der Anlage 14c BMV-Z) zu vermerken.

Artikel 5

Änderung der Anlage 8a BMV-Z

- (I) In § 4 Abs. 1 der Anlage 8a wird nach der Ziffer 16 die Ziffer 17 wie folgt neu eingefügt:
17. Kennzeichen „D“ für abgerechnete vorbereitende Maßnahmen gemäß BEMA-Nr. 7 a, die digital erfolgen
- (II) Die bisherigen Ziffern 17 bis 21 des § 1 werden zu Ziffern 18 bis 22.

Artikel 6

Änderung der Anlagen 14a und 14c BMV-Z

- (I) Das Formular Vordruck e01 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) wird von Anlage 14a ans Ende der Anlage 14c überführt.
- (II) In Anlage 14a wird das Muster 1 gestrichen.

Artikel 7

Änderung der Anlagen 14b und 14d BMV-Z

- (I) In Anlage 14d wird am Ende der Zwischentitel
 - B. Erläuterungen und Ausfüllhinweise zur Erstellung elektronischer Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich, die auch für den vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sindergänzt.
- (II) Die Ausfüllhinweise zu Formular Vordruck e01 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) werden von Anlage 14b zu Anlage 14d, hinter den ergänzten Zwischentitel, überführt.
- (III) Bei den Ausfüllhinweisen zu Vordruck e01 wird der bisherige Text zu Ziffer I gestrichen. Die Ziffern II und III werden zu Ziffern I und II. Die Ziffer I erhält die Überschrift „Verfahren zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit“.

Artikel 8

Weitere Änderungen der Anlage 14b BMV-Z

- (I) In Anlage 14b, Teil A, Ziffer 2 wird der Text zu „Zeile 7“ nach dem letzten Satz um folgende Sätze ergänzt:

Bei Assistenten, die über keine eigene Zahnarzt Nummer verfügen, kann im Feld für die Zahnarzt Nummer die Zahnarzt Nummer des Praxisinhabers eingetragen werden. Für in ermächtigten Einrichtungen beschäftigte Zahnärzte, die über keine Zahnarzt Nummer verfügen, wird der Ersatzwert 999999991 eingetragen.
- (II) In Anlage 14b werden nach den Ausfüllhinweisen zu Vordrucken 3a und 3b (HKP) Ausfüllhinweise zu Vordruck 3e (Direktabrechnung Zahnersatz) wie folgt ergänzt:

Vordruck 3e – Direktabrechnung Zahnersatz

Stand 03/2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Direktabrechnung Zahnersatz

Hinweis an den Versicherten:

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit der Gesamtrechnung bei Ihrer Krankenkasse zwecks Auszahlung der Festzuschüsse ein.

Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)

TP								
R								
B								
	18	17	16	15	14	13	12	11
	48	47	46	45	44	43	42	41
B								
R								
TP								

								TP
								R
								B
21	22	23	24	25	26	27	28	
31	32	33	34	35	36	37	38	
								B
								R
								TP

Antragsnummer _____	Höhe des Festzuschusses in Prozent
Genehmigungsdatum _____	☐ 60 ☐ 70 ☐ 75 ☐ 100

Befunde für Festzuschüsse			Zuschussbeträge	
Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl	Euro	Ct
Nachträgliche Befunde				
Gesamtsumme Festzuschüsse				

Rechnungsbeträge	Euro	Ct
ZA-Honorar BEMA		
ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA		
ZA-Honorar GOZ		
Material- und Laborkosten (gewerblich)		
Material- und Laborkosten (Praxis)		
Versandkosten Praxis		
Gesamtsumme Rechnungsbetrag		

Eingliederungsdatum (TTMMJJ) _____ Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes _____ _____ _____	Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes
---	--

① Zahnschema: Befund, Regelversorgung, Therapieplanung

Im Zahnschema sind die Kürzel für die Befunde, die Regelversorgung und die Therapieplanung so anzugeben, wie sie im genehmigten Antrag aufgeführt waren.

② Antragsnummer, Genehmigungsdatum, Höhe des Festzuschusses

Es ist die Antragsnummer des genehmigten HKP sowie das Genehmigungsdatum der Krankenkasse anzugeben. Des Weiteren ist anzugeben, in welcher prozentualen Höhe

die Festzuschüsse von der Krankenkasse bewilligt wurden; in von der Krankenkasse bestätigten Härtefällen sind 100 Prozent anzugeben.

③ Befunde für Festzuschüsse

Im Kasten der Befunde für Festzuschüsse sind die von der Krankenkasse genehmigten Befund-Nummern einschließlich des jeweils betroffenen Zahns/Gebiets, der Anzahl und des Festzuschussbetrags in Euro und Cent einzutragen. Bei nachträglichen Befunden sind die Befund-Nummern nebst weiteren Angaben entsprechend einzutragen.

In der Zeile der Gesamtsumme der Festzuschüsse ist die Summe in Euro und Cent anzugeben. Sie errechnet sich durch Addition der von der Kasse für die jeweiligen Befunde festgesetzten Beträge sowie ggf. Festzuschussbeträge für nachträgliche Befunde, dabei sind höchstens die tatsächlichen Kosten aufzuführen.

Versicherte, die unzumutbar belastet würden (sog. Härtefälle) und einen andersartigen Zahnersatz wählen, erhalten maximal einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent. Bei der Abrechnung des Festzuschusses ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind. Der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent wird von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind. Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen, insoweit im Rahmen der bewilligten Festzuschussbeträge rechnerisch ein Anteil für Kosten einer Edelmetalllegierung oder Reinmetall beinhaltet wäre.

④ Rechnungsbeträge

Alle Beträge sind in Euro und Cent anzugeben.

Zahnarztthonorar BEMA

Die Beträge der im Heil- und Kostenplan genannten BEMA-Positionen für die Regelleistungen sind in einer Summe anzugeben.

Zahnarztthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

Hier ist das Honorar für nachträgliche Befunde einzutragen, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

Zahnarztthonorar GOZ

Es sind die tatsächlich angefallenen Honorare nach Maßgabe der GOZ bei gleich- und andersartigen Versorgung in EUR und Cent einzutragen.

Material- und Laborkosten (gewerblich)

Hier ist die Summe aller im gewerblichen Labor angefallenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB, einschließlich der Kosten für Edel- bzw. Reinmetall, anzugeben.

Material- und Laborkosten (Praxis)

Hier ist die Summe aller in der Praxis oder im praxiseigenen Labor angefallenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB, einschließlich der Kosten für Edel- bzw. Reinmetall, anzugeben.

Versandkosten Praxis

In dieser Zeile sind die Versandkosten der Praxis je Versandgang für die Versendung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u. Ä.) an das gewerbliche Labor einzutragen.

Gesamtsumme Rechnungsbetrag

Hier ist die Gesamtsumme einzutragen, bestehend aus der Addition der Rechnungsbeträge für das Zahnarztthonorar nach BEMA bzw. GOZ, der Summe aller im Eigen- bzw. Fremdlabor entstandenen tatsächlichen Material- und Laborkosten sowie der Versandkosten.

⑤ Sonstige Angaben

Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes ist in der Form: „TTMMJJ“ einzutragen. Als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben.

Im rechten Feld sind die Daten des Praxisstempels aufzuführen. Mit Datum und Unterschrift ist abschließend die Richtigkeit der Angaben zu bestätigen.

(III) In Anlage 14b, Teil B, Vordruck 5a, wird die Ziffer 5 wie folgt gefasst:

5. Stadium (Schweregrad der Erkrankung)

Für die Festlegung des Stadiums werden die Schwere und die Komplexität der Erkrankung ermittelt. Die Angaben zum marginalen Knochenabbau (KA) anhand von Röntgenbildern und zum Zahnverlust aufgrund von Parodontitis liefern erste Hinweise auf die Schwere der Erkrankung und die Einordnung in ein bestimmtes Stadium. Komplexitätsfaktoren können eine Höherstufung des Stadiums bewirken. Stellt der Zahnarzt das Vorliegen von solchen Faktoren fest, sind entsprechende Angaben zu treffen.

Beim Ausfüllen der Datenfelder in der Tabelle ist zu beachten:

- In der Zeile „Röntg. Knochenabbau“ oder der Zeile „oder interdentaler CAL“ muss eine Angabe erfolgen. Die Zeile „oder interdentaler CAL“ ist zu befüllen, wenn das Stadium nicht anhand des röntgenologischen Knochenabbaus ermittelbar ist.
- In der Zeile „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ muss eine Angabe erfolgen.
- Die Zeile „Komplexitätsfaktoren“ bleibt frei, wenn keiner der Faktoren vorliegt.
- In der ersten Zeile ist das Stadium anzukreuzen, das den Patienten insgesamt charakterisiert. Dabei ist das höchste Stadium ausschlaggebend, das bei den Parametern „Röntg. Knochenabbau“, „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ oder „Komplexitätsfaktoren“ angekreuzt wurde. Im Ergebnis bemisst sich das Stadium der Erkrankung nach dem höchsten markierten Wert.

Bei allen Kriterien ist der in der Dentition höchste gefundene Wert anzugeben. Ggf. moderatere Befunde in anderen Bereichen der Dentition sind in der Patientendokumentation zu vermerken.

(IV) In Anlage 14b, Teil B, Vordruck 5b, wird bei Ziffer 2 der Absatz „Sondierungstiefen“ wie folgt gefasst:

Sondierungstiefen

Die gemessenen Sondierungstiefen sind im Zahnschema an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal, in Millimetern (ganze Zahlen ohne Komma-/Nachkommastellen) einzutragen. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter kaufmännisch auf- oder abgerundet.

Für die Angabe der Sondierungstiefen stehen maximal 6 Messstellen zur Verfügung (siehe in der Zahnkrone eingezeichnete Segmente).

(V) In Anlage 14b, Teil B, Vordruck 5c, werden die Ausfüllhinweise wie folgt neu gefasst:

1. Allgemeines

Die Mitteilung über eine chirurgische Therapie (CPT) hat im zeitlichen Zusammenhang mit der Durchführung der CPT bzw. mit der Überweisung zur CPT zu erfolgen.

2. Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist dasjenige Datum anzugeben, das bei der Antragstellung als Datum des Parodontalstatus angegeben wurde.

3. Anzuzeigende Leistungen

Die Durchführung einer CPT ist der Krankenkasse lediglich zur Kenntnis zu geben; ein Genehmigungsverfahren findet nicht statt. In der Tabelle ist aufzuführen, an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT a und an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT b erfolgen. Die Zähne sind grundsätzlich einzeln anzugeben; Gebietsangaben dürfen erfolgen, wenn sämtliche in dem benannten Gebiet liegenden

Zähne eine CPT erhalten und die Anzahl der behandelten Zähne eindeutig aus dem Gebiet erkennbar ist.

4. Datum, Unterschrift und Stempel

Die Mitteilung über eine CPT ist mit Datum, Unterschrift und Stempel zu versehen.

5. Hinweis auf Überweisung

Die Mitteilung über die CPT gegenüber der Krankenkasse ist von der Praxis vorzunehmen, die die systematische PAR-Behandlung einschließlich der CPT durchführt oder zur Durchführung der CPT an eine andere Praxis überweist. Wird der Patient an eine andere Praxis zwecks Vornahme der CPT überwiesen, ist dies in der Freifläche im Formular anzugeben, z. B. durch die Angabe: „CPT erfolgt durch anderen Zahnarzt“.

Soweit der die Überweisung annehmende Vertragszahnarzt hinsichtlich der Durchführung der CPT von den durch den überweisenden Vertragszahnarzt getroffenen Feststellungen abweichen möchte, soll vor Mitteilung gegenüber der Krankenkasse eine Abstimmung zwischen den Vertragszahnärzten erfolgen und das Ergebnis in der Mitteilung entsprechend berücksichtigt werden.

(VI) In Anlage 14b, Teil B, Vordruck 5e, wird Ziffer 1 wie folgt gefasst:

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

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

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

(VII) In Anlage 14b, Teil B, Muster 2, wird der Zwischentitel „Hinweise“ in „Allgemeine Hinweise“ geändert und die Ziffer 7 wie folgt gefasst:

7. Neben einer Verordnung von Krankenhausbehandlung ist erforderlichenfalls eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruck e01) auszustellen, und zwar auch dann, wenn der Beginn der Arbeitsunfähigkeit mit dem Tage der Krankenhausaufnahme übereinstimmt.

(VIII) Anlage 14b, Teil B, Muster 2, wird nach der Ziffer 7 wie folgt ergänzt:

Besondere Hinweise zur Nutzung des Feldes „Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)“ im Rahmen der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KHB-RL)

Bei Versicherten mit einer Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, kann aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zu einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) erforderlich sein. Der Mitaufnahme gleichgestellt ist eine ganztägige Begleitung. Diese liegt vor, wenn die Zeit der

notwendigen Anwesenheit im Krankenhaus und die Zeiten der An- und Abreise insgesamt acht oder mehr Stunden am Tag umfassen. Wird die Erforderlichkeit im Rahmen einer Krankenhauseinweisung festgestellt, ist dies auf Muster 2b unter „Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)“ zu bescheinigen. Dabei ist mindestens ein medizinisches Kriterium gemäß der Anlage der KHB-RL (siehe unten) oder eine vergleichbare Schädigung oder Beeinträchtigung anzugeben. Die Begleitung darf nur durch eine Angehörige bzw. einen Angehörigen oder eine Person aus dem engsten persönlichen Umfeld erfolgen.

Sofern für die zu begleitende Person bereits eine aktuell gültige formlose Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Mitaufnahme (§ 3 Abs. 2 KHB-RL) vorliegt und die Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind, ist auf diese Bescheinigung hinzuweisen. Sollte ein anderes medizinisches Kriterium oder eine vergleichbare Schädigung oder Beeinträchtigung für die Mitaufnahme zur Krankenhausbehandlung maßgeblich sein, ist dieses anzugeben.

Die Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KHB-RL) ist zu beachten.

Kriterien der medizinischen Notwendigkeit einer Begleitung im Krankenhaus nach § 44b Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a SGB V (Anlage zur KHB-RL)

Fallgruppe	Kriterien
Fallgruppe 1 Begleitung zum Zweck der Verständigung	Erhebliche oder komplette Beeinträchtigung der Kommunikation , insbesondere im Bereich 1. Kommunizieren, Sprechen, nonverbale Mitteilungen, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken oder 2. der kognitiv-sprachlichen Funktion a) mit mangelnder Fähigkeit, die eigene Symptomatik oder Befindlichkeiten, wie Schmerzen oder Wünsche, deuten, beschreiben oder verstehen zu können oder b) mit mangelnder Fähigkeit, die Informationen und Anweisungen des Behandlungsteams des Krankenhauses wahrnehmen, verstehen oder umsetzen zu können.
Fallgruppe 2 Begleitung zum Zweck der Unterstützung im Umgang mit durch die Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungssituationen, insbesondere bei fehlender Kooperations- und Mitwirkungsfähigkeit	Schädigungen globaler oder spezifischer mentaler Funktionen , die sich insbesondere in Form von 1. motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten, 2. eigen- und fremdgefährdendem Verhalten, 3. Abwehr oder Verweigerung pflegerischer und anderer medizinischer Maßnahmen, 4. Wahnvorstellungen, ausgeprägten Ängsten und Zwängen, 5. Antriebslosigkeit somatischer oder psychischer Genese oder 6. sozial inadäquaten Verhaltensweisen in erheblichem Ausmaß äußern.
Fallgruppe 3	Erhebliche Schädigungen oder Beeinträchtigungen, insbesondere 1. gemäß der Fallgruppen 1 oder 2,

Fallgruppe	Kriterien
Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen	2. neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen, 3. der Atmungsfunktionen oder 4. der Funktion der Nahrungsaufnahme, insbesondere des Schluckens.

Artikel 9
Weitere Änderungen der Anlage 14c BMV-Z

- (I) In Anlage 14c wird die Abbildung des eFormulars 5d (Antrag auf Verlängerung der UPT) wie folgt aufgenommen:

eFormular 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr><tr><td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td><td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td><td style="padding: 2px;">Status</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Abrechnungs-Nr.</td><td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td><td style="padding: 2px;">Datum</td></tr></table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT) gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px;">Antragsnummer</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Verarbeitungskennzeichen</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Art des Behandlungsplans</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Aktenzeichen PVS</td><td style="padding: 2px;">logische Version</td></tr></table> Parodontalstatus vom: _____ Grad (Progression) nach PAR-Status: ☐ A ☐ B ☐ C Datum der ersten UPT-Leistung: _____ An den folgenden Zähnen liegen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen ≥ 5 mm vor: ☐ Es wird eine Verlängerung der UPT um den Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt. ☐ Es wird beantragt, den Verlängerungszeitraum über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus auf insgesamt _____ Monate festzusetzen. Dies wird wie folgt begründet:	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Aktenzeichen PVS	logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																						
Name, Vorname des Versicherten																						
geb. am																						
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																				
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																				
Antragsnummer																						
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																						
Verarbeitungskennzeichen																						
Art des Behandlungsplans																						
Aktenzeichen PVS	logische Version																					
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes	Gutachten ☐ Gutachtlich befürwortet ☐ Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesonder- tem Blatt) Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters	Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten für die Verlängerung der UPT ☐ werden übernommen ☐ werden nicht übernommen Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse																				

Originalgröße DIN A4

- (II) In Anlage 14c werden die eFormulare 2, 3, 4a, 5a, 5b, 5e sowie MIT 1 bis MIT 8 gegen die ab dem 01.10.2023 gültigen eFormulare wie folgt ausgetauscht:

eFormular 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

**Behandlungsplan
für**
☐ **Kiefergelenkserkrankung**
☐ **Kieferbruch**

Unfall ☐ ja ☐ nein

Angaben über Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung
Krankenhaus:

Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Geplante Leistungen
BEMA-Nr. Anz. Interdentalräume (nur bei BEMA-Nr. K4)

Entscheidung der Krankenkasse
(nur bei Kiefergelenkserkrankung)

☐ nicht genehmigt
(Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

☐ genehmigt

Antragsnummer
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Aktenzeichen PVS
Seite logische Version

Erläuterungen

Befund

a	Adhäsivbrücke (Anker)
ab	Adhäsivbrücke (Brückenglied)
abw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)
aw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)
b	Brückenglied
bw	erneuerungsbedürftiges Brückenglied
e	ersetzer Zahn
ew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f	fehlender Zahn
ix	zu entfernendes Implantat
k	klinisch intakte Krone
kw	erneuerungsbedürftige Krone
pkw	erneuerungsbedürftige Teilkronen
pw	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r	Wurzelstiftkappe mit ersetzttem Zahn
rw	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn
sb	implantatgetragenes Brückenglied
sbw	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied
se	ersetzer Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sk	implantatgetragene intakte Krone
skw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
so	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetzttem Zahn
sow	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn
st	implantatgetragene Teleskopkrone
stw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
t	Teleskopkrone
t2w	erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
tw	erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
ur	unzureichende Retention
ww	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x	nicht erhaltungswürdiger Zahn
)(	Lückenschluss

Behandlungsplanung

A	Adhäsivbrücke (Anker)
ABV	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)
ABM	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)
B	Brückenglied
BM	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
BV	Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
E	zu ersetzender Zahn
EO	zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung
H	gegossene Halte- und Stützvorrichtung
K	Krone
KH	Krone mit Halteelement
KM	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KMH	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement
KMO	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe
KO	Krone mit Geschiebe
KV	Krone mit vestibulärer Verblendung
KVH	Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement
KVO	Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
PK	Teilkronen
PKM	Teilkronen vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PKV	Teilkronen mit vestibulärer Verblendung
R	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn
SB	implantatgetragenes Brückenglied
SBV	implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
SBM	implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied
SE	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
SEO	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung
SK	implantatgetragene Krone
SKM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
SKMO	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
SKV	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung
SKVO	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
SO	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
ST	implantatgetragene Teleskopkrone
STM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
STV	implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
T	Teleskopkrone
TM	Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
TV	Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
T2	Sekundärteil einer Teleskopkrone
T2M	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
T2V	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung

Kennzeichen Bemerkungen

gemäß Schlüsselverzeichnis 6.24; bei Wiederherstellung Art der Leistung (Pflichtangabe)

01	medizinische Indikation z. B. Allergien, während einer Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet
02	Zahnersatz verloren
03	Indikation BEMA 98e Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)
04	Langzeitprovisorium
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblendbereich
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff
07	Zahnarzt wünscht Rücksprache
08	Versicherter wünscht Rücksprache
09	Vollkeramische Restauration
10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
11	Wiederherstellung/Bruch
12	Wiederherstellung/Sprung
13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
15	Erosionsgebiss
16	Erweiterung Halteelement
17	Erweiterung Zahn/Zähne
18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freiendsituation
19	Hemisektion
20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

eFormular 4: KFO-Behandlungsplan

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		☐ KFO-Behandlungsplan		☐ Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung)	
Name, Vorname des Versicherten		☐ KFO-Therapieänderung		☐ Behandlerwechsel Neuplanung	
geb. am		☐ KFO-Verlängerungsantrag		☐ Kassenwechsel	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status	
Abrechnung-Nr.		Zahnarzt-Nr.		Datum	
		Behandlungs- beginn Quartal		Beginn der Verlängerung Quartal	
		KIG-Einstufung		Voraussichtliche Dauer Quartale	
				☐ Unfall	

Anamnese

Diagnose

OK

UK

Bisslage

Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) ☐ Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) ☐ Erwachsenenbehandlung ☐

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	

	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel
OK 119								
UK 119								
120								

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

Geschätzte Material
u. Laborkosten **EUR**

voraussichtl.
Gesamtkosten **EUR**

Antragsnummer

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan

Verarbeitungskennzeichen

Kassenwechsel voriges IK Abschlagnummer Akt.-Z. PVS

Behandlerwechsel ab Quartal

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: % Anspruch be-
steht ab Quartal

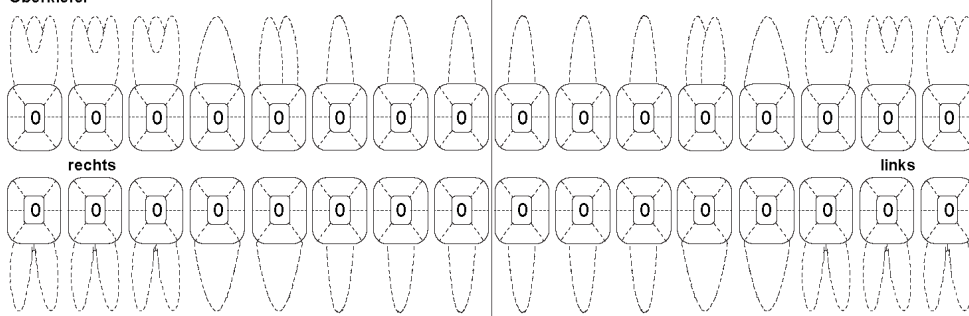
eFormular 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr><tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am</td></tr><tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr><tr><td>Abrechnungs-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr></table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	PARODONTALSTATUS Blatt 1 vom _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Antragsnummer</td></tr><tr><td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr><tr><td>Verarbeitungskennzeichen</td></tr><tr><td>Art des Behandlungsplans</td></tr><tr><td>Aktenzeichen PVS logische Version</td></tr></table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Aktenzeichen PVS logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																					
Name, Vorname des Versicherten																					
geb. am																					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																			
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																			
Antragsnummer																					
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																					
Verarbeitungskennzeichen																					
Art des Behandlungsplans																					
Aktenzeichen PVS logische Version																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 60%; vertical-align: top;">Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese ☐ Diabetes mellitus ☐ Sonstiges ☐ Tabakkonsum</td><td style="width: 40%; vertical-align: top;">Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____</td></tr></table>		Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese ☐ Diabetes mellitus ☐ Sonstiges ☐ Tabakkonsum	Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																		
Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese ☐ Diabetes mellitus ☐ Sonstiges ☐ Tabakkonsum	Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																				
Diagnose ☐ Parodontitis ☐ Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen ☐ Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen																					
Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td>☐ Stadium I</td><td>☐ Stadium II</td><td>☐ Stadium III</td><td>☐ Stadium IV</td></tr><tr><td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td><td>☐ < 15 % ☐ (1 – 2 mm)</td><td>☐ 15 - 33 % ☐ (3 – 4 mm)</td><td colspan="2">☐ > 33 % ☐ (≥5 mm)</td></tr><tr><td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td><td colspan="2">☐ Nein</td><td>☐ ≤ 4 Zähne</td><td>☐ ≥ 5 Zähne</td></tr><tr><td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td><td colspan="2">☐ ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td><td>☐ ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td><td>☐ Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td></tr></table>			☐ Stadium I	☐ Stadium II	☐ Stadium III	☐ Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	☐ < 15 % ☐ (1 – 2 mm)	☐ 15 - 33 % ☐ (3 – 4 mm)	☐ > 33 % ☐ (≥5 mm)		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	☐ Nein		☐ ≤ 4 Zähne	☐ ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	☐ ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		☐ ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	☐ Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich
	☐ Stadium I	☐ Stadium II	☐ Stadium III	☐ Stadium IV																	
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	☐ < 15 % ☐ (1 – 2 mm)	☐ 15 - 33 % ☐ (3 – 4 mm)	☐ > 33 % ☐ (≥5 mm)																		
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	☐ Nein		☐ ≤ 4 Zähne	☐ ≥ 5 Zähne																	
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	☐ ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		☐ ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	☐ Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																	
Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium) ☐ Lokalisiert (< 30 % der Zähne) ☐ Generalisiert (≥30 % der Zähne) ☐ Molaren-Inzisiven-Muster																					
Grad (Progression) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td>☐ Grad A</td><td>☐ Grad B</td><td>☐ Grad C</td></tr><tr><td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td><td>☐ < 0,25</td><td>☐ 0,25 - 1,0</td><td>☐ > 1,0</td></tr><tr><td>Diabetes</td><td>☐ Kein Diabetes</td><td>☐ HbA 1c < 7,0 %</td><td>☐ HbA 1c ≥ 7,0 %</td></tr><tr><td>Rauchen</td><td>☐ Kein Rauchen</td><td>☐ < 10 Zig./Tag</td><td>☐ ≥ 10 Zig./Tag</td></tr></table>			☐ Grad A	☐ Grad B	☐ Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	☐ < 0,25	☐ 0,25 - 1,0	☐ > 1,0	Diabetes	☐ Kein Diabetes	☐ HbA 1c < 7,0 %	☐ HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	☐ Kein Rauchen	☐ < 10 Zig./Tag	☐ ≥ 10 Zig./Tag				
	☐ Grad A	☐ Grad B	☐ Grad C																		
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	☐ < 0,25	☐ 0,25 - 1,0	☐ > 1,0																		
Diabetes	☐ Kein Diabetes	☐ HbA 1c < 7,0 %	☐ HbA 1c ≥ 7,0 %																		
Rauchen	☐ Kein Rauchen	☐ < 10 Zig./Tag	☐ ≥ 10 Zig./Tag																		
Fortsetzung Anamnese Sonstiges	Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen ☐ werden nicht übernommen ☐ Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse																				

eFormular 5b: Parodontalstatus Blatt 2

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. Datum		PARODONTALSTATUS Blatt 2 vom _____ Zahnstatus (ZS) 1 = Fehlender Zahn 2 = nicht erhaltungswürdiger Zahn 3 = Krone 4 = Brückenpfeiler 5 = Ersatz 6 = Implantat																			
Oberkiefer  rechts links Unterkiefer ZS AIT FB																					
Bemerkungen:																					
Geplante Leistungen <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><th>Geb.-Nr.</th><th>Anzahl</th><th>Geb.-Nr.</th><th>Anzahl</th></tr><tr><td>4</td><td>1</td><td>AIT a</td><td></td></tr><tr><td>ATG</td><td>1</td><td>AIT b</td><td></td></tr><tr><td>MHU</td><td>1</td><td>BEV a</td><td>1</td></tr><tr><td colspan="2">Frequenz der UPT</td><td colspan="2">Anzahl</td></tr></table> Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes	Geb.-Nr.	Anzahl	Geb.-Nr.	Anzahl	4	1	AIT a		ATG	1	AIT b		MHU	1	BEV a	1	Frequenz der UPT		Anzahl		Gutachten ☐ Gutachtlich befürwortet ☐ Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt) Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters
Geb.-Nr.	Anzahl	Geb.-Nr.	Anzahl																		
4	1	AIT a																			
ATG	1	AIT b																			
MHU	1	BEV a	1																		
Frequenz der UPT		Anzahl																			

eFormular 5e: Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

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

Begründung

- ☐ Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene
- ☐ Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
- ☐ Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen
- ☐ Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST $\geq$ 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

Folgende Leistungen werden angezeigt:

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

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

--

Antragssnummer	
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	
Verarbeitungskennzeichen	
Art des Behandlungsplans	
Aktenzeichen PVS	logische Version

eFormular MIT 1: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Planmäßiger Abschluss der Behandlung

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Mitteilungsnummer
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version

Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z) Planmäßiger Abschluss der Behandlung (KFO):

Die kieferorthopädische Behandlung wurde in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen.

Datum Behandlungsabschluss:

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

eFormular MIT 2: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Unplanmäßiger Verlauf

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Mitteilungsnummer
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version

Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z) Unplanmäßiger Verlauf (KFO)

Die kieferorthopädische Behandlung des o. g. Patienten nimmt einen unplanmäßigen Verlauf, weil

- ☐ Schlechte Mundhygiene
- ☐ Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
- ☐ Behandlungsapparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen
- ☐ Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
- ☐ Behandlungsapparatur nicht sorgfältig behandelt und Reparatur notwendig
- ☐ Längere Unterbrechung auf Grund von Auslandsaufenthalt
- ☐ Längere Unterbrechung auf Grund von Wachstum/Zahnwechsel
- ☐ Längere Unterbrechung aus sonstigem Grund, nämlich:
- ☐ Verlust Behandlungsapparatur
- ☐ Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

Freitext

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

eFormular MIT 3: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Behandlungsabbruch

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Mitteilungsnummer
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version

Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z) Behandlungsabbruch (KFO)

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, weil

- ☐ Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
- ☐ Behandlungsapparatur nicht den Anweisungen entsprechend getragen
- ☐ Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
- ☐ Behandlungsapparatur nicht sorgfältig behandelt
- ☐ Längere Unterbrechung der Behandlung
- ☐ Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

Freitext

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

eFormular MIT 4: Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Mitteilungsnummer
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version

Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) _____

Sehr geehrte/r _____,

nach § 29 Sozialgesetzbuch, V. Buch haben Versicherte Anspruch auf Übernahme von 80 bzw. 90 v. H. der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkassen zu bejahen ist.

Die klinische Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, für die Ihre Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Bei Ihrem Kind habe ich den Behandlungsbedarfsgrad gemäß der Kieferorthopädie-Richtlinien festgestellt. Ihre Krankenkasse darf Kosten erst ab Grad „3“ übernehmen. Eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse darf daher nicht erfolgen. Sollten Sie sich dennoch zu einer Behandlung entschließen, müssten Sie die Kosten selbst tragen.

Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

eFormular MIT 5: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Mitteilungsnummer
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version

Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung: Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung (KFO)

Hiermit wird die Wiederaufnahme der abgebrochenen Behandlung
mit der ursprünglichen Antragsnummer
vom angezeigt.

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

eFormular MIT 6: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Zusätzlich erforderliche Leistungen

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Mitteilungsnummer
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version

Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung: Zusätzlich erforderliche Leistungen (KFO) Leistungen

Erläuterung

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

eFormular MIT 7: Mitteilung zu einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen – Verlängerung Heil- und Kostenplan (ZE)

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Mitteilungsnummer		
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Verarbeitungskennzeichen		
Datum Behandlungsplan	Aktenzeichen PVS	logische Version

Mitteilung zu einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen: Verlängerung Heil- und Kostenplan (ZE)

Hiermit wird die Verlängerung des Heil- und Kostenplans
vom mit der ursprünglichen Antragsnummer angezeigt.

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

eFormular MIT 8: Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Mitteilungsnummer
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version

Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-RL

Es werden weitere Maßnahmen im Rahmen der systematischen PAR-Therapie zum Parodontalstatus vom _____ notwendig.

Überweisung an einen spezialisierten Zahnarzt zur Durchführung der CPT

☐ ja ☐ nein

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Artikel 10

Weitere Änderungen der Anlage 14d BMV-Z

- (I)** In Anlage 14d wird das Vorwort am Ende um folgenden Absatz ergänzt:
Bei Nutzung der per Stylesheet ausgedruckten eFormulare zu einem der genannten Zwecke sind die Formulare je nach Bedarf soweit erforderlich ggf. manuell zu befüllen (z. B. Datum, Unterschrift, Stempeldaten, Genehmigungsvermerke der Krankenkasse).
- (II)** In Anlage 14d, Teil A, werden die Ausfüllhinweise zu den eFormularen 2 bis 4 wie folgt neu gefasst:

eFormular 2 – Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch, hier: Anzeige Kieferbruchbehandlung (Stand 01.10.2023)

Eine geplante Kieferbruchbehandlung ist der Krankenkasse mit einem formalen Antragsdatensatz anzuzeigen. Die Krankenkasse nimmt den Datensatz zur Kenntnis und hinterlegt die Daten in ihrem Verwaltungssystem.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Behandlungsplan für ☐ Kiefergelenkserkrankung ☐ Kieferbruch	
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Status
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	

① Angaben über Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

② Unfall ☐ ja ☐ nein

③ Vorgesehene Behandlung

④ Stationäre Behandlung Krankenhaus: _____ Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

⑤ Geplante Leistungen
 BEMA-Nr. | Anz. | Interdentalräume (nur bei BEMA-Nr. K4)

Entscheidung der Krankenkasse
(nur bei Kiefergelenkserkrankung)

☐ nicht genehmigt
(Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

☐ genehmigt

⑥

Antragsnummer
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Aktenzeichen PVS
Seite
logische Version

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

⑦

① Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung

Im zugehörigen Freitextfeld sind Angaben zu Ort, Zeit und Ursache sowie zur Art der Verletzung zu machen. Das gilt nur für Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels, z. B. bei einem Kieferbruch.

② Unfall

Im Feld „Unfallkennzeichen“ ist mit „ja“ oder „nein“ anzugeben, ob der Verletzung ein Unfall zugrunde liegt.

③ Vorgesehene Behandlung

Im Feld „Vorgesehene Behandlung“ sind als Freitext Leistungen anzugeben, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der durchzuführenden Behandlung bei Kieferbruch erfolgen, wie z. B. Verbandsplatten, Schienungen sowie die für diese Behandlung erforderlichen konservierend-chirurgischen Leistungen.

④ Stationäre Behandlung

Im Fall einer stationären Krankenhausbehandlung ist in den dafür vorgesehenen Feldern der Beginn und das Ende der Krankenhausbehandlung sowie der Name des Krankenhauses, die Straße, die Hausnummer, die Postleitzahl und der Ort anzugeben.

⑤ Geplante Leistungen

Im Feld „Geplante Leistungen“ sind die geplanten Gebührennummern des BEMA und im Feld „Anzahl“ deren voraussichtliche Anzahl einzutragen.

⑥ Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]

Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen. Diese wird aus verwaltungstechnischen Gründen benötigt, obwohl es sich hier um eine Anzeige und nicht um einen Antrag handelt.

Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist bei nachträglicher Änderung der Anzeige die Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans anzugeben.

Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei einer Erstplanung im Anzeigedatensatz anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung handelt. Bei einer Änderung ist eine neue Anzeige zu übermitteln und im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ anzugeben, dass es sich um die Änderung einer Anzeige handelt.

Die Felder „Aktenzeichen PVS“ und „Logische Version“ werden vom PVS automatisch befüllt.

⑦ Datum, Unterschrift, Stempel

Es ist das Ausstellungsdatum des Behandlungsplans anzugeben. Die elektronische Anzeige wird automatisch mit den Stammdaten und der Signatur des Vertragszahnarztes versehen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Behandlungsplan für

☐ **Kiefergelenkserkrankung**
☐ **Kieferbruch**

1 Angaben über Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch) Unfall ☐ ja ☐ nein

Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

2 Vorgesehene Behandlung

3 Stationäre Behandlung Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Krankenhaus:

4 Geplante Leistungen

BEMA-Nr.	Anz.	Interdentalräume (nur bei BEMA-Nr. K4)

Entscheidung der Krankenkasse ☐ nicht genehmigt ☐ genehmigt

(nur bei Kiefergelenkserkrankung) (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

5

Antragsnummer
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Aktenzeichen PVS
Seite

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**
Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

6

Im Feld „Anamnese, Befund, Diagnose“ sind die Anamnese, die Befunde und die Diagnose als Freitext anzugeben.

Im Feld „Vorgesehene Behandlung“ sind als Freitext Angaben zur Behandlung zu machen, z. B. zur Behandlung mit Aufbissbehelfen.

③ Stationäre Behandlung

Im Fall einer stationären Krankenhausbehandlung ist in den dafür vorgesehenen Feldern der Beginn und das Ende der Krankenhausbehandlung sowie der Name des Krankenhauses, die Straße, die Hausnummer, die Postleitzahl und der Ort anzugeben.

④ Geplante Leistungen

Im Feld „Geplante Leistungen“ sind die geplanten Gebührennummern des BEMA und im Feld „Anzahl“ deren voraussichtliche Anzahl einzutragen, bei der BEMA-Nr. K4 ist zusätzlich die Anzahl der Interdentalräume (z. B. von Zahn 12 bis Zahn 15 = drei Interdentalräume) anzugeben.

⑤ Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]

Im Feld „Antragsnummer“ wird dem Plan durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen.

Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist bei nachträglicher Änderung des Antrags die Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans anzugeben.

Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei Erstplanung anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung des Behandlungsplans handelt. Bei Änderungen zu einem bereits gestellten Antrag ist ein neuer Antrag zu stellen und im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ anzugeben, dass es sich um die Änderung eines Antrags handelt.

Die Felder „Aktenzeichen PVS“ und „Logische Version“ werden vom PVS automatisch befüllt.

⑥ Datum, Unterschrift, Stempel

Es ist das Ausstellungsdatum des Behandlungsplans anzugeben. Der elektronische Antrag wird automatisch mit den Stammdaten und der Signatur des Vertragszahnarztes versehen.

① Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

Der Vertragszahnarzt hat im Heil- und Kostenplan den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und bei gleich- und andersartiger Versorgung die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben.

Es sind ausschließlich die in der Technischen Anlage zum Elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren (Anlage 15a BMV-Z) vereinbarten Kürzel zu verwenden, siehe Anhang.

Bei der Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne für die Befundklasse 2 zählt ein Lückenschluss nicht als fehlender Zahn und hat keine Auswirkung auf das Vorliegen einer Freiendsituation. Ein Lückenschluss wird mit dem vereinbarten Kürzel im Zahnschema gekennzeichnet.

Die Zähne im Lückengebiss sind entsprechend ihrer topographischen Lage in das Zahnschema einzutragen. Die topographische Lage entscheidet auch über den Ansatz der Verblendzuschüsse nach den Nrn. 1.3 und 2.7. So ist beispielsweise ein Verblendzuschuss ansetzbar, wenn ein unterer zweiter Prämolare an der Stelle eines fehlenden ersten Prämolaren steht.

Mit dem Kürzel „ur“ sind zum einen im Zusammenhang mit der Anfertigung eines herausnehmbaren Zahnersatzes diejenigen Zähne zu kennzeichnen, deren natürliche Zahnkronen keine ausreichende Retention für die Halteelemente des Zahnersatzes aufweisen. Zum anderen sind bei Brückenversorgungen diejenigen Zähne mit „ur“ zu kennzeichnen, die aus statischen und funktionellen Gründen als zusätzliche Pfeiler in die Brückenversorgung einbezogen werden sollen.

Das Ausfüllen des Befundfelds entfällt bei Wiederherstellungsmaßnahmen von Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen (Befund-Nrn. 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4, 7.7).

In der Zeile R (Regelversorgung) ist die zur Versorgung des Befunds notwendige Regelversorgung unabhängig von der Art des geplanten Zahnersatzes vollständig auszufüllen. Bei den Erneuerungsbefunden der Befundklasse 7 wird die Zeile R nicht ausgefüllt, da für diese Befunde keine tatsächlichen Regelversorgungen in den Festzuschuss-Richtlinien enthalten sind; dies gilt nicht in den Ausnahmefällen gemäß Nr. 36 der ZE-Richtlinie. In diesen Ausnahmefällen ist bei den Befunden 7.1 und 7.5 i.V.m. 7.6 die richtliniengemäße Regelversorgung anzugeben.

Die Regelversorgung ergibt sich aus dem zahnmedizinischen Befund unter Anwendung der Zahnersatz- und der Festzuschuss-Richtlinien.

Die Zahl und Lage der gegossenen Halte- und Stützelemente muss bei der Regelversorgung (Zeile R) und/oder Therapieplanung (Zeile TP) angegeben werden, damit eine Zuordnung zu den Gebührensätzen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) für die Software möglich ist.

Die Zeile TP (Therapieplanung) ist dann auszufüllen, wenn der Heil- und Kostenplan auch die Planung einer gleich- oder andersartigen Versorgung beinhaltet. Das Ausfüllen der Zeile entfällt, wenn nur eine Regelversorgung durchgeführt werden soll.

Gleich- und andersartige Leistungen

Zahnärztliche Leistungen:

Eine tatsächlich geplante Versorgung kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und/oder andersartigen Versorgung umfassen.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass bei sog. Härtefällen die Krankenkasse den über dem Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur übernimmt, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird.

Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Zahnersatz-Leistungen hinzukommen. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben

sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Absatz 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Absatz 5 SGB V, wenn eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsart (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

Zahntechnische Leistungen:

Die Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall statt Nichtedelmetalllegierung (NEM-Legierung) ändert nicht den Charakter der Versorgung. Mögliche Mehrkosten für Edelmetalllegierungen oder Reinmetall ergeben sich allein aus den Materialkosten. Bei zahntechnischen Leistungen für sog. Härtefälle übernimmt die Krankenkasse auch bei Härtefällen nur die Kosten für NEM-Legierungen.

② Bemerkungen und weitere Angaben

Das **Feld „Bemerkungen“** kann für Hinweise genutzt werden, die aus dem Befund und der Therapieplanung nicht ersichtlich sind, zum Beispiel

- zur Art der Verblendung (Kunststoff, Komposit oder Keramik) oder
- zu vorhandenen, funktionsfähigen Verbindungselementen und Verblockungen, für die es keine Befundkürzel gibt oder
- Hemisektion, ggf. mit Zahnangabe als zusätzliche Erläuterung.

Bei Wiederherstellungen oder Erweiterungen ist die Art der Leistung, für die Festzuschüsse in den Befundklassen 6 und 7 anzusetzen sind, verpflichtend anzugeben.

Im Bemerkungsfeld steht eine Auswahlliste mit häufig vorkommenden Bemerkungen zur Verfügung, aus der auch eine Mehrfachauswahl möglich ist. Ist das Gesuchte in der Auswahlliste nicht enthalten, ist die Bemerkung im zugehörigen Feld „Zusätzliche Erläuterungen“ als Freitext zu beschreiben.

Das **Feld „Weitere Angaben“** enthält eine Auswahlliste, über die ggf. Angaben zu Unfall, Versorgungsleiden, Interims-/Immediatversorgung, NEM, unbrauchbarer Prothese/Brücke/Krone, Direktabrechnung zu erfolgen haben. Im Falle einer unbrauchbaren Prothese, Brücke oder Krone ist im zugehörigen Feld „Alter“ das ungefähre Alter des Zahnersatzes anzugeben.

③ Befunde für Festzuschüsse

Im Abschnitt „Befunde für Festzuschüsse“ sind die für die jeweilige Versorgung erforderlichen Befund-Nrn. gemäß der Festzuschuss-Richtlinie anzugeben. Im Feld „Zahn/Gebiet“ ist zu jeder Befund-Nr. grundsätzlich die Zahnbezeichnung, bei Brückenbefunden das zu versorgende Gebiet als Gebietsangabe oder Einzelzahnangabe des zu versorgenden Gebiets (z. B. Zahn 26 fehlt = 25 – 27 oder 25, 26, 27) und bei Teil- und Totalprothesen der Kiefer anzugeben. Alternativ können bei Teilprothesen die zu ersetzenden Zähne angegeben werden.

Nachträglich können für konfektionierte Stifte oder gegossene Stiftaufbauten Befunde nach Nr. 1.4 oder 1.5 anfallen. Die entsprechenden Festzuschüsse müssen dann nicht erneut beantragt werden, sondern werden vom Zahnarzt im Rahmen der elektronischen Abrechnung an die KZV übermittelt oder im Falle der Direktabrechnung mit dem Versicherten abgerechnet.

④ Kostenplanung

Die Kostenplanung umfasst Angaben zu BEMA-Nrn. und – soweit geplant – GOZ-Positionen.

Im Abschnitt „BEMA“ sind die der geplanten Regelversorgung zugeordneten BEMA-Nrn. und ihre jeweilige Anzahl anzugeben.

Der Abschnitt „GOZ“ ist nur bei gleich- oder andersartigen Versorgung und in Mischfällen, dann aber verpflichtend, auszufüllen. Für jede GOZ-Leistung sind die betroffenen Zähne bzw. das Gebiet, die GOZ-Position nebst Leistungsbeschreibung sowie die Anzahl anzugeben. Die Angabe zum Zahn/Gebiet kann entfallen, wenn die GOZ-Position ohne Bezug dazu ansetzbar ist.

Geplante GOZ-Positionen für nicht festzuschussfähige Leistungen wie implantologische oder funktionsdiagnostische Maßnahmen sind nicht aufzuführen.

Im Feld „Honorar BEMA“ ist der Eurobetrag des Honorars nach BEMA anzugeben.

Im Feld „Honorar GOZ“ ist der Eurobetrag des geschätzten Honorars nach GOZ anzugeben.

Die im Feld „Material- und Laborkosten“ anzugebenden Kosten umfassen die geschätzten Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen im gewerblichen Labor und/oder im Praxislabor sowie die abrechenbaren Kosten für Praxismaterialien für die geplante Therapie (Gesamtversorgung) in einer Summe. Dies gilt auch in Fällen, in denen gleich- oder andersartige Leistungen anfallen. Es sind sowohl die Leistungen nach dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL) als auch die Leistungen nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) addiert in EUR hier einzutragen.

Im Feld „Behandlungskosten insgesamt“ ist der Eurobetrag der geschätzten Gesamtkosten für die Zahnersatzversorgung anzugeben.

Zusätzlich ist das Ausstellungsdatum des Behandlungsplans anzugeben. Der elektronische Antrag wird automatisch mit der Signatur des Vertragszahnarztes versehen.

⑤ Voraussichtliche Zuschusshöhe/Härtefall

Im Feld „Zuschusshöhe“ ist die voraussichtliche Zuschusshöhe anhand der Einträge im Bonusheft bzw. der Informationen im PVS des Zahnarztes anzugeben: 60 %, 70 % oder 75 %. Dies gilt auch für den Fall, dass das Vorliegen eines Härtefalls vermutet wird.

Im Feld „Härtefall“ ist ein „Ja“ einzutragen, wenn nach Einschätzung des Zahnarztes ein Härtefall vorliegt.

⑥ Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]

Im Feld „Antragsnummer“ wird dem Plan durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen.

Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist bei Änderung eines Antrags die Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans anzugeben.

Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei Erstplanung anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung des Behandlungsplans handelt. Bei Befund- oder Therapieänderung zu einem bereits gestellten Antrag ist ein neuer Antrag zu stellen und im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ anzugeben, dass es sich um die Änderung eines Antrags handelt.

Im Feld „Art des Behandlungsplans“ ist entweder „Heil- und Kostenplan“ bei Heil- und Kostenplänen über eine Erst- bzw. Neuversorgung – ggf. mit Anteilen von Wiederherstellungen und Erweiterungen – oder „Wiederherstellung/Erweiterung“ ausschließlich bei Wiederherstellungen oder Erweiterungen anzugeben.

Besonderheiten bei der Planung von Therapieschritten:

Im Feld „Therapieschritt“ sind die Nummer des Therapieschritts, der mit dieser Planung versorgt werden soll, und die Anzahl der insgesamt geplanten Therapieschritte anzugeben, z. B. 1 von 2. Die Therapieschritte sind in der Reihenfolge aufzuführen, wie sie durchgeführt werden sollen. Es sind maximal vier Therapieschritte planbar.

Bei Planung einer Behandlung in mehreren Therapieschritten ist für jeden Therapieschritt ein eigener Antrag zu stellen. Zudem sind sämtliche geplanten Therapieschritte zeitgleich, das heißt am selben Tag, zu beantragen.

Bei jedem Einzelantrag ist der Befund des Gesamtgebisses anzugeben. Angaben zur Therapieplanung erfolgen lediglich für die Zähne, die mit dem betreffenden Therapieschritt versorgt werden sollen. Die Gesamtplanung muss sich aus der Summe der einzelnen Therapieschritte ergeben. Entsprechendes gilt für die beantragten Festzuschussbefunde: Bei jedem Einzelantrag sind im Datenfeld „Befunde für Festzuschüsse“ diejenigen Befund-Nrn. anzugeben, die für den geplanten Therapieschritt angesetzt werden können. Ein Antrag ohne Angabe einer Befund-Nr. ist nicht zulässig.

Die Felder „Aktenzeichen PVS“ und „Logische Version“ werden vom PVS automatisch befüllt.

⑦ Erklärung des Versicherten / Stempel des Zahnarztes

Im Abschnitt „Erklärung des Versicherten“ ist lediglich der voraussichtliche Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes anzugeben. Bei Herstellung im Inland ist der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen voranzustellen, bei Herstellung im Ausland der Landesname anzugeben. Eine Unterschrift des Versicherten im Abschnitt „Erklärung des Versicherten“ ist auf dem Ausdruck des Stylesheets nicht erforderlich.

Der elektronische Antrag wird automatisch mit den Stammdaten und der Signatur des Vertragszahnarztes versehen. In einem Störfall ist das Feld „Stempel des Zahnarztes“ ggf. manuell mit den Stempeldaten zu versehen.

eFormular 4 – KFO-Behandlungsplan (Stand 01.10.2023)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnung-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	☐ ① KFO-Behandlungsplan ☐ KFO-Therapieänderung ☐ KFO-Verlängerungsantrag Behandlungs- beginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale ☐ ② Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung) ☐ Behandlerwechsel Neuplanung ☐ Kassenwechsel ☐ ④ Unfall ☐ ③ KIG-Einstufung
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											

⑤ Anamnese

⑥ Diagnose
OK

UK

Bisslage

⑦ Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) ☐ Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) ☐ Erwachsenenbehandlung ☐
OK

UK

Bisslage

⑧ Verwend. Geräte

⑨ Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	

	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel
OK 119								
UK 119								
120								

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale	Geschätzte Material u. Laborkosten EUR	voraussichtl. Gesamtkosten EUR
---	---	-----------------------------------

⑩ Antragsnummer
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Kassenwechsel voriges IK Abschlagnummer Akt.-Z. PVS
Behandlerwechsel ab Quartal

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

⑪

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Entscheidung der Krankenkasse
Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat- und Laborkosten) beträgt: % Anspruch be-
steht ab Quartal

① Art des Behandlungsplans

Im Feld „Art des Behandlungsplans“ ist anzugeben, ob es sich um einen Behandlungsplan, eine Therapieänderung oder einen Verlängerungsantrag handelt.

Bei einem Verlängerungsantrag sind das Quartal des ursprünglichen Behandlungsbeginns, das Quartal des Beginns der Verlängerung und die voraussichtliche Dauer der Verlängerung in Quartalen anzugeben.

② Zahnarztwechsel/Kassenwechsel

In der Gruppe „Zahnarztwechsel/Kassenwechsel“ ist eine Angabe nur erforderlich, wenn der Versicherte den Zahnarzt oder die Krankenkasse wechselt. Bei einem

Zahnarztwechsel ist anzugeben, ob eine Neuplanung oder ein Einstieg in die Behandlung (Planübernahme) vorliegt.

③ KIG-Einstufung

Das Feld „KIG-Einstufung“ ist auszufüllen, wenn als Art des Behandlungsplans „Behandlungsplan bei KFO“ angegeben wird. Es sind nur die Werte KIG 3, KIG 4 und KIG 5 angebar.

④ Unfall

Das Feld „Unfall“ ist zu kennzeichnen, wenn der Behandlung ein Unfall, eine Unfallfolge oder eine Berufskrankheit zugrunde liegt.

⑤ Anamnese

Im Feld „Angaben zur Anamnese“ stehen Auswahllisten mit Einträgen zur Beschreibung der Anamnese zur Verfügung sowie ein zusätzliches Freitextfeld. Das Freitextfeld kann genutzt werden, wenn keiner der in dem Schlüsselverzeichnis enthaltenen Schlüssel Anwendung finden kann. Derzeit sind bei Therapieänderungs- und Verlängerungsanträgen keine Angaben zur Anamnese möglich, dies wird erst zum 01.04.2024 der Fall sein.

⑥ Diagnose

Je nach Diagnose sind Angaben in einem oder mehreren Feldern zum Oberkiefer, Unterkiefer oder zur Bisslage erforderlich. Dafür stehen Auswahllisten zur Verfügung sowie ein zusätzliches Freitextfeld. Das Freitextfeld kann genutzt werden, wenn keiner der in dem Schlüsselverzeichnis enthaltenen Schlüssel Anwendung finden kann.

⑦ Therapie

Im Feld „Kennzeichen Behandlungsart“ ist anzugeben, ob es sich um eine Frühbehandlung nach KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c, eine Frühe Behandlung nach KFO-Richtlinie Nr. 8d oder um eine Erwachsenenbehandlung handelt.

Je nach Therapie sind Angaben in einem oder mehreren Feldern zum Oberkiefer, Unterkiefer oder zur Bisslage erforderlich. Dafür stehen Auswahllisten zur Verfügung sowie ein zusätzliches Freitextfeld. Das Freitextfeld kann genutzt werden, wenn keiner der in dem Schlüsselverzeichnis enthaltenen Schlüssel Anwendung finden kann.

⑧ Verwendete Geräte

Im Feld „Verwendete Geräte“ sind über Auswahllisten Angaben zu den geplanten KFO-Geräten erforderlich. Bei Planung eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers ist das Vorliegen des Behandlungsbedarfsgrads E3 oder E4 zu bestätigen. Zusätzliche Erläuterungen können als Freitext angegeben werden.

⑨ Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen

Im Feld „Diagnostik und Behandlung“ sind die Gebührennummern nach BEMA, die Anzahl zur Gebührennummer, die Maßnahmen nach BEMA-Nrn. 119 und 120 sowie die sonstigen Leistungen anzugeben.

Bei einem Antrag auf Therapieänderung, auf Verlängerung der Therapie oder bei einem Zahnarztwechsel mit Einstieg in die laufende Behandlung sind alle Leistungen anzugeben, die ab dem Zeitpunkt der Therapieänderung oder -verlängerung oder des Einstiegs in die Behandlung erbracht werden sollen.

Im Feld „Behandlungsdauer“ ist die voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung einschließlich der Retentionszeit in Quartalen anzugeben. Bei Verlängerungsanträgen wird die Gesamtdauer von Erstbehandlung und Verlängerung angegeben.

Im Feld „Material- und Laborkosten“ ist der Eurobetrag der geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. Bei Anträgen auf Therapieänderung und Verlängerungsanträgen sind die Kosten anzugeben, die ab der Therapieänderung bzw. ab der Verlängerung voraussichtlich entstehen.

Im Feld „Gesamtkosten“ ist der Eurobetrag der voraussichtlichen Gesamtkosten anzugeben. Bei Anträgen auf Therapieänderung und Verlängerungsanträgen sind die Gesamtkosten bezogen auf die Therapieänderung bzw. auf die Verlängerung anzugeben.

⑩ Sonstige Angaben: Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]

Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen. Bei Krankenkassenwechsel ist der von der Vorkasse genehmigte Antragsdatensatz unverändert an die neue Krankenkasse zu übermitteln. Es wird dafür keine neue Antragsnummer vergeben.

Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist immer dann, wenn der Antrag Bezug auf einen früher gestellten Antrag nimmt, auch die Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans anzugeben. Der Antrag bezieht sich auf einen früheren Antrag, wenn

- im Feld „Art des Behandlungsplans“ eine Therapieänderung oder ein Verlängerungsantrag angegeben wird, oder
- ein Zahnarztwechsel (ggf. mit gleichzeitigem Kassenwechsel) mit Einstieg in die Behandlung (Planübernahme) angegeben wird.

Bei Anträgen auf Therapieänderung, Verlängerung oder Einstieg in die Behandlung bei einem Zahnarztwechsel, die sich auf Pläne beziehen, die ursprünglich im früheren Papierverfahren an die Krankenkasse übermittelt wurden, bleibt das Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ leer.

Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist unabhängig von der Art der Planung das Kennzeichen „erstmalige Übermittlung“ zu setzen. Das Kennzeichen „Änderung“ steht hier nicht zur Verfügung, weil nachträgliche Änderungen außer bei Therapieänderung ausgeschlossen sind.

Bei einem Kassenwechsel des Versicherten sind das IK der vorherigen Krankenkasse und die Abschlagsnummer, bis zu der der Zahnarzt mit der Vorkasse abrechnet, anzugeben.

Bei einem Zahnarztwechsel mit Planübernahme ist das Quartal anzugeben, ab dem der Einstieg in die Behandlung erfolgt.

Das Feld „Aktenzeichen PVS“ wird vom PVS automatisch befüllt.

⑪ Datum, Unterschrift, Stempel

Es ist das Ausstellungsdatum des Behandlungsplans anzugeben. Der elektronische Antrag wird automatisch mit den Stammdaten und der Signatur des Vertragszahnarztes versehen.

(III) In Anlage 14d, Teil A, werden für die eFormulare 5a, 5b, 5e und MIT 8 Ausfüllhinweise wie folgt aufgenommen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. Datum	PARODONTALSTATUS Blatt 1 1 vom _____ 2 Antragsnummer Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan Verarbeitungskennzeichen Art des Behandlungsplans Aktenzeichen PVS logische Version																				
3 Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese ☐ Diabetes mellitus ☐ Sonstiges ☐ Tabakkonsum	4 Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																				
5 Diagnose ☐ Parodontitis ☐ Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen ☐ Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen																					
6 Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">☐ Stadium I</th> <th style="text-align: center;">☐ Stadium II</th> <th style="text-align: center;">☐ Stadium III</th> <th style="text-align: center;">☐ Stadium IV</th> </tr> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td style="text-align: center;">☐ < 15 % ☐ (1 – 2 mm)</td> <td style="text-align: center;">☐ 15 - 33 % ☐ (3 – 4 mm)</td> <td style="text-align: center;">☐ > 33 % ☐ (≥5 mm)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">☐ Nein</td> <td style="text-align: center;">☐ ≤ 4 Zähne</td> <td style="text-align: center;">☐ ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">☐ ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td style="text-align: center;">☐ ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td style="text-align: center;">☐ Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table>			☐ Stadium I	☐ Stadium II	☐ Stadium III	☐ Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	☐ < 15 % ☐ (1 – 2 mm)	☐ 15 - 33 % ☐ (3 – 4 mm)	☐ > 33 % ☐ (≥5 mm)		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	☐ Nein		☐ ≤ 4 Zähne	☐ ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	☐ ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		☐ ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	☐ Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich
	☐ Stadium I	☐ Stadium II	☐ Stadium III	☐ Stadium IV																	
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	☐ < 15 % ☐ (1 – 2 mm)	☐ 15 - 33 % ☐ (3 – 4 mm)	☐ > 33 % ☐ (≥5 mm)																		
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	☐ Nein		☐ ≤ 4 Zähne	☐ ≥ 5 Zähne																	
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	☐ ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		☐ ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	☐ Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																	
7 Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium) ☐ Lokalisiert (< 30 % der Zähne) ☐ Generalisiert (≥30 % der Zähne) ☐ Molaren-Inzisiven-Muster																					
8 Grad (Progression) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">☐ Grad A</th> <th style="text-align: center;">☐ Grad B</th> <th style="text-align: center;">☐ Grad C</th> </tr> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td style="text-align: center;">☐ < 0,25</td> <td style="text-align: center;">☐ 0,25 - 1,0</td> <td style="text-align: center;">☐ > 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;">☐ Kein Diabetes</td> <td style="text-align: center;">☐ HbA 1c < 7,0 %</td> <td style="text-align: center;">☐ HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td style="text-align: center;">☐ Kein Rauchen</td> <td style="text-align: center;">☐ < 10 Zig./Tag</td> <td style="text-align: center;">☐ ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>			☐ Grad A	☐ Grad B	☐ Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	☐ < 0,25	☐ 0,25 - 1,0	☐ > 1,0	Diabetes	☐ Kein Diabetes	☐ HbA 1c < 7,0 %	☐ HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	☐ Kein Rauchen	☐ < 10 Zig./Tag	☐ ≥ 10 Zig./Tag				
	☐ Grad A	☐ Grad B	☐ Grad C																		
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	☐ < 0,25	☐ 0,25 - 1,0	☐ > 1,0																		
Diabetes	☐ Kein Diabetes	☐ HbA 1c < 7,0 %	☐ HbA 1c ≥ 7,0 %																		
Rauchen	☐ Kein Rauchen	☐ < 10 Zig./Tag	☐ ≥ 10 Zig./Tag																		
3 Fortsetzung Anamnese Sonstiges 	Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen ☐ werden nicht übernommen ☐ Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse 																				

① Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist das Datum der Befunderhebung (BEMA-Nr. 4) anzugeben.

② Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]

Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen.

Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist bei Änderung eines Antrags die Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans anzugeben.

Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist anzugeben, ob es sich um eine Erstplanung oder um einen Änderungsantrag zu einem bereits eingereichten Plan handelt.

Als „Art des Behandlungsplans“ ist immer „Behandlungsplan PAR“ anzugeben.

Die Felder „Aktenzeichen PVS“ und „Logische Version“ werden vom PVS automatisch befüllt.

③ Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese

Die parodontitisspezifische Anamnese umfasst die Erhebung der Risikofaktoren für die Parodontitis – Diabetes mellitus und Rauchen. Sollte diesbezüglich eine positive Anamnese vorliegen, wird dies durch das Ankreuzen des jeweiligen Kästchens kenntlich gemacht.

Diabetes und Rauchen nehmen Einfluss auf die Ermittlung des Grads der Erkrankung. In der Datengruppe „Grad (Progression)“ sind daher genauere Angaben erforderlich (siehe unten).

Für Angaben hinsichtlich der allgemeinen Anamnese ist das Freitextfeld „Sonstiges“ vorgesehen.

④ Spezielle Vorgeschichte

Sofern bereits eine PAR-Therapie durchgeführt wurde, ist die Angabe des Jahres in dem Feld (ggf. geschätzt) einzutragen. Bei einer PAR-Erstbehandlung bleibt das Feld leer.

⑤ Diagnose

Gemäß § 4 der PAR-Richtlinie besteht eine Behandlungsbedürftigkeit, wenn eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt und eine der Diagnosen „Parodontitis“, „Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen“ und „Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen“ gestellt wird.

Die zutreffende Diagnose ist anzukreuzen.

Bei einer Parodontitis als Manifestation einer systemischen Erkrankung ist die systemische Erkrankung im Freitextfeld einzutragen.

⑥ Stadium (Schweregrad der Erkrankung)

Für die Festlegung des Stadiums werden die Schwere und die Komplexität der Erkrankung ermittelt. Die Angaben zum marginalen Knochenabbau (KA) anhand von Röntgenbildern und zum Zahnverlust aufgrund von Parodontitis liefern erste Hinweise auf die Schwere der Erkrankung und die Einordnung in ein bestimmtes Stadium. Komplexitätsfaktoren können eine Höherstufung des Stadiums bewirken. Stellt der Zahnarzt das Vorliegen von solchen Faktoren fest, sind entsprechende Angaben zu treffen.

Beim Ausfüllen der Datenfelder in der Tabelle ist zu beachten:

- In der Zeile „Röntg. Knochenabbau“ oder der Zeile „oder interdentaler CAL“ muss eine Angabe erfolgen. Die Zeile „oder interdentaler CAL“ ist zu befüllen, wenn das Stadium nicht anhand des röntgenologischen Knochenabbaus ermittelbar ist.
- In der Zeile „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ muss eine Angabe erfolgen.
- Die Zeile „Komplexitätsfaktoren“ bleibt frei, wenn keiner der Faktoren vorliegt.
- In der ersten Zeile ist das Stadium anzukreuzen, das den Patienten insgesamt charakterisiert. Dabei ist das höchste Stadium ausschlaggebend, das bei den Parametern „Röntg. Knochenabbau“, „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ oder „Komplexitätsfaktoren“ angekreuzt wurde. Im Ergebnis bemisst sich das Stadium der Erkrankung nach dem höchsten markierten Wert.

Bei allen Kriterien ist der in der Dentition höchste gefundene Wert anzugeben. Ggf. moderatere Befunde in anderen Bereichen der Dentition sind in der Patientendokumentation zu vermerken.

Ermittlung der Schwere:

- Auf dem Röntgenbild wird der Bereich der Dentition bestimmt, der den stärksten Knochenabbau (horizontaler/vertikaler Abbau) aufweist. Dieser Befund wird als prozentualer Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge in der Zeile „Röntg. Knochenabbau (KA)“ dokumentiert.

In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass ein richtlinienkonformes Röntgenbild zur Bestimmung des Knochenabbaus nicht zur Verfügung steht und nicht angefertigt werden kann. In diesen Fällen ist anstelle des Knochenabbaus der interdentale klinische Attachmentverlust (CAL) anzugeben: In der Zeile „(oder interdentaler CAL)“ ist anzukreuzen, in welchem Millimeterbereich der am höchsten gemessene CAL-Wert liegt. Für die Bestimmung des Grads (Knochenabbauindex) muss dann in diesen Fällen auf Röntgenbilder zurückgegriffen werden, die ggf. älter als 12 Monate sind.

- In der Zeile „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ ist anzukreuzen, ob und in welcher der angegebenen Größenordnungen dem Patienten Zähne durch Parodontitis verloren gegangen sind. Fehlen dem Patienten Zähne, hat der Zahnarzt die Ursache dafür zu prüfen. Kann die Ursache für Zahnverlust nicht eruiert werden, ist das Kästchen „Nein“ anzukreuzen.

Komplexität:

- Die Zeile „Komplexitätsfaktoren“ enthält Ankreuzfelder für drei Gruppen sogenannter Komplexitätsfaktoren. Zu den Faktoren zählen unter anderem bestimmte Sondierungstiefen, fortgeschrittener Furkationsbefall (Grad II/III) und die Notwendigkeit der Rehabilitation aufgrund mastikatorischer Dysfunktion. Das jeweilig zutreffende Feld ist anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus dieser Gruppe vorliegt. Das bedeutet, dass schon das Vorliegen eines einzigen Komplexitätsfaktors (ggf. nur an einem Zahn) ausreicht, um die Diagnose hin zu einem höheren Stadium zu verändern.

Hinweis zur Abgrenzung von Stadium III und IV: Die Stadien III und IV unterscheiden sich in der Zahl der durch Parodontitis verloren gegangener Zähne und/oder der Notwendigkeit einer komplexen Rehabilitation aufgrund mastikatorischer Dysfunktion. Die Gründe für die Rehabilitation können Auffächerung der Zähne, Zahnwanderung, ausgeprägte Kammdefekte, Verlust der Bisshöhe usw. sein.

⑦ Ausmaß/Verteilung

Das Ausmaß bzw. die Verteilung der Erkrankung ist für dasjenige Stadium anzugeben, das die Diagnose definiert (also das höchste Stadium).

⑧ Grad (Progression)

Im Abschnitt „Grad (Progression)“ ist in jeder Zeile eine Angabe erforderlich. Für die Bestimmung des Knochenabbauindex wird an dem am stärksten betroffenen Zahn der prozentuale Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge durch das Alter des Patienten dividiert [KA (%) / Alter].

Die Risikofaktoren Diabetes und Rauchen haben Einfluss auf die Gradeinteilung. Sie führen aber nur zur Hochstufung des Grads (nur „Upgrade“ möglich). Ist der Patient Diabetiker oder Raucher, wird der Erkrankung mindestens ein Grad B, je nach den Werten ein Grad C zugeordnet (es reicht bereits ein Risikofaktor für die Höherstufung des Grads). Der Patient ist nach seinen Rauchgewohnheiten zu befragen. Diabetiker werden nach dem HbA 1c-Wert befragt, den sie ggf. über ihren Hausarzt in Erfahrung bringen können.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		PARODONTALSTATUS Blatt 2 ① vom _____ ② Zahnstatus (ZS) 1 = Fehlender Zahn 2 = nicht erhaltungswürdiger Zahn 3 = Krone 4 = Brückenpfeiler 5 = Ersatz 6 = Implantat		
Name, Vorname des Versicherten				
geb. am				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.			Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum		

②	ZS																	ZS
③	AIT																	AIT
④	FB																	FB

⑤

Oberkiefer

rechts links

Unterkiefer

④	FB																	FB
③	AIT																	AIT
②	ZS																	ZS

⑥ Bemerkungen:

⑦ Geplante Leistungen

Geb.-Nr	Anzahl	Geb.-Nr	Anzahl
4	1	AIT a	
ATG	1	AIT b	
MHU	1	BEV a	1

Frequenz der UPT	Anzahl

⑧ Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Gutachten

☐ Gutachtlich befürwortet

☐ Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters

① Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist das Datum der Befunderhebung (BEMA-Nr. 4) anzugeben.

② Angaben zum Zahnstatus

Im Antrag muss für die Krankenkasse erkennbar sein, welche Zähne schon deshalb nicht der systematischen PAR-Behandlung unterliegen, weil sie fehlen oder außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung liegen. Für diese Kennzeichnung wurde das eFormular um die Zeilen „Zahnstatus“ ergänzt.

Um einen fehlenden, im Sinne der PAR-Behandlung nicht vorhandenen natürlichen Zahn zu kennzeichnen, ist der Status mit Ziffer 1 (fehlender Zahn) anzugeben.

Ein nicht erhaltungswürdiger Zahn (Status Ziffer 2) ist immer dann anzugeben, wenn der Zahn aufgrund seiner Werte nicht unter die PAR-Richtlinie fällt und nur extrahiert oder nach privater Vereinbarung behandelt werden könnte.

Dem Vertragszahnarzt steht es frei, das Vorliegen einer prothetischen Versorgung unter Verwendung der weiteren Ziffern 3 bis 6 anzugeben.

③ Antiinfektiöse Therapie (AIT)

Oberhalb und unterhalb des Zahnschemas befindet sich je eine Zeile „AIT“. Die Felder sind an allen Zähnen anzukreuzen, bei denen ein geschlossenes Vorgehen geplant ist. Voraussetzung dafür ist das Vorliegen einer Sondierungstiefe von größer/gleich 4 mm an mindestens einer Messstelle des betreffenden Zahns.

④ Furkationsbefall (FB)

Oberhalb und unterhalb des Zahnschemas befindet sich je eine Zeile „FB“. Hier ist für jeden infrage kommenden Zahn der höchste Grad des Furkationsbefalls in das dem Zahn zugehörige Kästchen wie folgt einzutragen:

Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar

Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar

Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar

Grad III = durchgängig sondierbar

Im PVS-System ist das Feld mit „0“ vorbelegt, so dass lediglich Abweichungen von „0“ einzutragen sind.

⑤ Angaben im Kasten „Zahnschema“

Sondierungstiefen

Die gemessenen Sondierungstiefen sind im Zahnschema an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal, in Millimetern (ganze Zahlen ohne Komma-/Nachkommastellen) einzutragen. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter kaufmännisch auf- oder abgerundet.

Für die Angabe der Sondierungstiefen stehen maximal 6 Messstellen zur Verfügung (siehe in der Zahnkrone eingezeichnete Segmente).

Sondierungsblutung

Sollte bei der Messung der Sondierungstiefen an der Messstelle eine Blutung auftreten, ist diese mit einem Sternchen hinter der angegebenen Sondierungstiefe kenntlich zu machen.

Zahnlockerung

Der Grad der Zahnlockerung ist in das zentrale Feld der gezeichneten Zahnkrone wie folgt einzutragen:

Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit

Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)

Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)

Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung

Im PVS-System ist das Feld mit „0“ vorbelegt, so dass lediglich Abweichungen von „0“ einzutragen sind.

⑥ Bemerkungen

Im Feld „Bemerkungen“ kann z. B. angegeben werden, ob Zähne richtlinienüberschreitend (Knochenabbau > 75 % oder Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen

von Lockerungsgrad III) auf Wunsch des Versicherten außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung therapiert werden. In diesem Fall sind auch die betroffenen Zähne anzugeben.

⑦ Geplante Leistungen

Leistungen, die im Rahmen der systematischen PAR-Therapie nur einmalig erbracht werden können, sind im PVS-System mit einer Anzahl von 1 vorbefüllt.

Einzutragen ist die Anzahl der Leistungen nach AIT a und AIT b.

Ggf. weitere zahnärztliche Leistungen (BEMA-Nrn. 108 und 111) sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Die Leistungen sind entsprechend ihrer erbrachten Anzahl abrechnungsfähig.

⑧ Datum, Unterschrift, Stempel

Es ist das Ausstellungsdatum des PAR-Status anzugeben. Der elektronische Antrag wird automatisch mit den Stammdaten und der Signatur des Vertragszahnarztes versehen.

eFormular 5e – Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V (Stand 01.10.2023)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	① Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											

② Begründung

☐ Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene

☐ Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit

☐ Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen

☐ Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST $\geq$ 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

③ Folgende Leistungen werden angezeigt:

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

④ Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

⑤

Antragsnummer	
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	
Verarbeitungskennzeichen	
Art des Behandlungsplans	
Aktenzeichen PVS	logische Version

① Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, Leistungen in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Behandlung einer Parodontitis festgelegt, die anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie erbracht werden können. Die Leistungen ermöglichen eine niedrighschwellige Behandlung, wenn eine systematische Behandlung der Parodontitis, wie sie in der PAR-Richtlinie geregelt ist, nicht möglich ist. Die Behandlung ist nicht genehmigungspflichtig, sie muss aber der Krankenkasse angezeigt werden.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

② Begründung

Mindestens einer der im Abschnitt „Begründung“ aufgeführten Gründe muss vorliegen, um die modifizierte PAR-Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen zu können. Je nach Vorliegen können mehrere Gründe angekreuzt werden.

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

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

Wenn im Ausnahmefall des offenen Vorgehens zeitgleich Zähne eine Behandlung mit geschlossenem Vorgehen erhalten sollen, ist sowohl die Begründung „Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen“ als auch die Begründung „Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST $\geq$ 6 mm“ anzukreuzen.

Versicherte nach § 22a SGB V mit eingeschränkter oder fehlender Mundhygiene- oder Kooperationsfähigkeit, die nicht einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, haben, sofern für sie nach dem eFormular 5e Leistungen angezeigt werden, keinen Anspruch auf eine CPT.

③ Anzuzeigende Leistungen

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

Weitere zahnärztliche Leistungen wie die BEMA-Nrn. 108 und 111 sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Diese Leistungen sind in der Anzahl abrechnungsfähig, in der sie erbracht wurden.

④ Datum, Unterschrift und Stempel

Es ist das Ausstellungsdatum der Anzeige anzugeben. Die elektronische Anzeige wird automatisch mit den Stammdaten und der Signatur des Vertragszahnarztes versehen.

⑤ Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]

Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen. Diese wird aus verwaltungstechnischen Gründen benötigt, obwohl es sich hier um eine Anzeige und nicht um einen Antrag handelt.

Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist bei nachträglicher Änderung der Anzeige die Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans anzugeben.

Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei einer Erstplanung anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung handelt. Bei einer Änderung ist eine neue Anzeige zu

übermitteln und im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ anzugeben, dass es sich um die Änderung einer Anzeige handelt.

Unter „Art des Behandlungsplans“ ist zu bestätigen, dass es sich um die Anzeige einer Behandlung von PAR bei § 22a-Versicherten handelt.

Die Felder „Aktenzeichen PVS“ und „Logische Version“ werden vom PVS automatisch befüllt.

Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist anzugeben, ob es sich um den erstmaligen Versand der Mitteilung oder um eine Änderung einer bereits eingereichten Mitteilung handelt.

Unter „Datum Behandlungsplan“ ist das Ausstellungsdatum des Behandlungsplans einzutragen, auf den sich die Mitteilung bezieht.

Die Felder „Aktenzeichen PVS“ und „Logische Version“ werden vom PVS automatisch befüllt.

② Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist dasjenige Datum anzugeben, das bei der Antragstellung als Datum des Parodontalstatus angegeben wurde.

③ Hinweis auf Überweisung

Die Mitteilung über die CPT gegenüber der Krankenkasse ist von der Praxis vorzunehmen, die die systematische PAR-Behandlung einschließlich der CPT durchführt oder zur Durchführung der CPT an eine andere Praxis überweist. Dabei ist anzugeben, ob der Patient an eine andere Praxis zwecks Vornahme der CPT überwiesen wird.

Soweit der die Überweisung annehmende Vertragszahnarzt hinsichtlich der Durchführung der CPT von den durch den überweisenden Vertragszahnarzt getroffenen Feststellungen abweichen möchte, soll vor Mitteilung gegenüber der Krankenkasse eine Abstimmung zwischen den Vertragszahnärzten erfolgen und das Ergebnis in der Mitteilung entsprechend berücksichtigt werden.

④ Anzuzeigende Leistungen

Die Durchführung einer CPT ist der Krankenkasse lediglich zur Kenntnis zu geben; ein Genehmigungsverfahren findet nicht statt. In der Tabelle ist aufzuführen, an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT a und an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT b erfolgen. Die Zähne sind grundsätzlich einzeln anzugeben; Gebietsangaben dürfen erfolgen, wenn sämtliche in dem benannten Gebiet liegenden Zähne eine CPT erhalten und die Anzahl der behandelten Zähne eindeutig aus dem Gebiet erkennbar ist.

⑤ Datum, Unterschrift und Stempel

Es ist das Ausstellungsdatum der Mitteilung anzugeben. Die elektronische Mitteilung wird automatisch mit den Stammdaten und der Signatur des Vertragszahnarztes versehen.

Artikel 11

Änderung der Anlage 15 BMV-Z

(I) §§ 2 und 3 der Anlage 15 erhalten folgende Fassung:

§ 2

Allgemeines zum Verfahren

- (1) ¹Grundvoraussetzungen für die Einführung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens sind der Anschluss des Vertragszahnarztes* und der Krankenkasse an die Telematikinfrastruktur (TI) und die Verwendung der kryptografischen Funktionen der TI-Plattform, zum Verschlüsseln, Entschlüsseln und Signieren, sowie die Verwendung der Fachanwendung „Sichere Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM). ²Die KIM-Adresse des Vertragszahnarztes darf von der Krankenkasse nur zur Versendung von Antwortdatensätzen, technischen Empfangsbestätigungen oder Fehlermeldungen verwendet werden. ³Der Vertragszahnarzt verwendet im Rahmen des elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens die KIM-Adresse der Krankenkasse nur für die Übermittlung von Antrags- und Mitteilungsdatensätzen sowie von Anzeigen.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt erstellt für die elektronische Übermittlung von Leistungsanträgen, Leistungsanzeigen und Mitteilungen einen Datensatz gemäß den in dieser Ver-

einbarung und in der Technischen Anlage (Anlage 15a BMV-Z) aufgeführten Parametern. ²Die Antrags- und Anzeigedaten enthalten die für die Genehmigung bzw. die für die Verarbeitung der Anzeige erforderlichen versichertenbezogenen Informationen sowie zur Identifikation des Antragsdatensatzes eine eindeutige Antragsnummer. ³Die Mitteilungsdaten enthalten die je nach Art der Mitteilung erforderlichen Informationen sowie eine eindeutige Mitteilungsnummer. ⁴Mit der Anbindung der Vertragszahnarztpraxen an die TI sind die Vertragszahnärzte in der Lage, die Daten zu signieren und zu verschlüsseln. ⁵Die Antrags-, Anzeige- und Mitteilungsdaten sind vom Vertragszahnarzt mit dem öffentlichen Schlüssel der Krankenkasse zu verschlüsseln und grundsätzlich qualifiziert elektronisch mittels eHBA zu signieren. ⁶Wenn die Signierung mit den Komponenten der TI aus technischen Gründen oder aus anderen Gründen, die nicht in der Verantwortung des Zahnarztes liegen, nicht möglich ist, ist ausnahmsweise eine Signierung der Antragsdaten und Mitteilungsdaten mittels SMC-B zulässig. ⁷Die Antwortdatensätze der Krankenkassen an den Vertragszahnarzt sind ebenfalls zu signieren und zu verschlüsseln.

**Die Bezeichnung „Vertragszahnarzt“ wird im Folgenden stellvertretend für alle Teilnehmer an der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V verwendet.*

§ 3

Art und Struktur der Datensätze

¹Die elektronische Übermittlung von Anträgen, Anzeigen und Mitteilungen des Vertragszahnarztes an die Krankenkasse sowie von Antworten der Krankenkasse an den Vertragszahnarzt erfolgt mit jeweils eigenen Datensätzen. ²Antrags- und Anzeigedatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Antrags- bzw. Anzeigedaten in Abhängigkeit von der beantragten bzw. angezeigten Leistung. ³Mitteilungsdatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Mitteilungsdaten in Abhängigkeit von der Art der Mitteilung. ⁴Antwortdatensätze beinhalten Kopfdaten und Antwortdaten.

(II) In § 4 der Anlage 15 wird Ziffer 8 wie folgt gefasst:

8. Aktenzeichen des Softwareherstellers (bei Antwort der Krankenkasse optional)

(III) § 5 der Anlage 15 wird um Ziffer 7 wie folgt ergänzt:

7. Karteneinlesedatum

(IV) In der Anlage 15 werden die §§ 6 bis 16 wie folgt gefasst:

§ 6

Art und Inhalt der Stammdaten des Vertragszahnarztes

Der Vertragszahnarzt übermittelt zu jedem Antrag, zu jeder Anzeige und zu jeder Mitteilung seine folgenden Stammdaten:

1. Zahnarztnummer*
2. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
3. Name der Praxis (Nachname des Zahnarztes oder Praxisname) oder der Einrichtung
4. Anschrift der Praxis oder der Einrichtung (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
5. Telefonnummer (optional)
6. E-Mail-Adresse (optional)

**Die Vertragspartner sind sich einig, dass keine Personenidentität zwischen antragstellendem und abrechnendem Zahnarzt bestehen muss und aus diesem Grund die Zahnarztnummer im Antragsdatensatz von der Zahnarztnummer im Abrechnungsdatensatz abweichen kann. In den Stammdaten gemäß § 6 wird die Zahnarztnummer des Planerstellers übermittelt.*

§ 7

Art und Inhalt der Daten zur Anzeige von Leistungen bei Kieferbruch

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Daten zur Anzeige:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Anzeige oder um die Änderung einer Anzeige handelt)
2. Antragsnummer (im Sinne einer Anzeigenummer)
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderung der Anzeige)
5. Angabe, ob es sich um einen Unfall handelt
6. Angaben über Ort, Zeit, Ursache und zur Art der Verletzung
7. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume
8. Bei stationärer Krankenhausbehandlung: Angaben über deren voraussichtliche Dauer (Beginn/Ende)
9. Name und Anschrift des Krankenhauses (optional)

§ 8

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei Kiefergelenkserkrankungen

¹Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Antragsänderung)
5. Angaben zur Anamnese, zu Befunden, zur Diagnose
6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume
7. Bei stationärer Krankenhausbehandlung: Angaben über deren voraussichtliche Dauer (Beginn, Ende)
8. Name und Anschrift des Krankenhauses (optional)

²Haben die Vertragspartner auf Landesebene bei Kiefergelenkserkrankungen einen Genehmigungsverzicht vereinbart, entfällt die Übermittlung der Antragsdaten an die Krankenkasse.

§ 9

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, dass es sich um einen Antrag handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan, Therapieänderung, Verlängerungsantrag)
5. Kennzeichen bei Vorliegen eines Vertragszahnarztwechsels oder Krankenkassenwechsels

6. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Therapieänderung, Verlängerungsantrag und bei Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme)
7. Bei Verlängerungsanträgen: (ursprünglicher) Behandlungsbeginn Quartal, Beginn der Verlängerung Quartal, voraussichtliche Dauer der Verlängerung in Quartalen
8. Bei Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme: Quartal, in dem der Vertragszahnarzt in den laufenden Behandlungsplan einsteigt
9. Bei Krankenkassenwechsel: Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse und Nummer des Abschlags, bis zu dem mit der vorherigen Kasse abgerechnet wird
10. Kennzeichen bei Unfall/Unfallfolge/Berufskrankheit
11. Angabe, ob Frühbehandlung, Frühe Behandlung oder Erwachsenenbehandlung
12. KIG-Einstufung (nicht bei Therapieänderungs- und Verlängerungsantrag), ggf. gesonderte Angabe von E3 oder E4
13. Anamnese (bei Therapieänderungs- und Verlängerungsantrag optional)
14. Diagnose im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
15. Therapie im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
16. Angabe verwendeter Geräte
17. Gebührennummer BEMA und Anzahl für Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen
18. Angabe der Punkte für die Bewertungskriterien nach I. bis V. einschließlich der Punktsommen sowie des daraus resultierenden Buchstabens für den Schwierigkeitsgrad für die Umformung eines Kiefers nach BEMA-Nr. 119
19. Angabe der Punkte für die Bewertungskriterien nach I. bis IV. einschließlich der Punktsommen sowie des daraus resultierenden Buchstabens für den Schwierigkeitsgrad für die Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss nach BEMA-Nr. 120
20. Gebührennummer BEMA und Anzahl für sonstige Leistungen
21. Voraussichtliche Behandlungsdauer in Quartalen
22. Geschätzte Material- und Laborkosten
23. Voraussichtliche Gesamtkosten

§ 10

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei systematischer Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Datum der Befunderhebung
5. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan PAR)
6. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderungsantrag)
7. Angaben zur Anamnese des Versicherten, bei früherer PAR-Behandlung Angabe des ca.-Jahres
8. Angaben zur Diagnose (Parodontitis, Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen, andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen)
9. Angaben zum Stadium (Schweregrad) der Erkrankung (röntgenologischer Knochenabbau oder interdentaler CAL, Zahnverlust aufgrund von Parodontitis, Komplexitätsfaktoren)

10. Ausmaß/Verteilung (lokalisiert, generalisiert, Molaren-Inzisiven-Muster)
11. Angaben zum Grad (Progression) der Erkrankung (Grad, Knochenabbauindex, Diabetes, Rauchen)
12. Zahnstatus (fehlender oder nicht erhaltungswürdiger Zahn, weitere Angaben optional)
13. Angaben zum Befund: Sondierungstiefen, Sondierungsblutung, Lockerungsgrad und Grad des Furkationsbefalls
14. Kennzeichen, an welchen Zähnen eine AIT durchgeführt werden soll
15. Bemerkungen
16. Geplante Leistungen (Gebührennummern einschließlich Anzahl)

§ 10a

Art und Inhalt der Antragsdaten für die Verlängerung der unterstützenden Parodontitistherapie

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, dass es sich um einen Antrag handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Verlängerungsantrags
4. Art des Behandlungsplans (Antrag auf Verlängerung der UPT)
5. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Datum des Parodontalstatus nach ursprünglichem Behandlungsplan
7. Grad (Progression) nach ursprünglichem Behandlungsplan
8. Datum der ersten UPT-Leistung
9. Angabe der Zähne, an denen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen ≥ 5 mm vorliegen
10. Angabe, ob Verlängerung um Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt wird
11. Angabe, ob Verlängerungszeitraum über Regelzeitraum von 6 Monaten hinausgehend beantragt wird einschließlich der Angabe der Anzahl der Monate, auf die die Verlängerung insgesamt festgesetzt werden soll und Begründung

§ 10b

Art und Inhalt der Daten bei Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Daten zur Anzeige:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Anzeige oder um die Änderung einer Anzeige handelt)
2. Antragsnummer (im Sinne einer Anzeigenummer)
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Art des Behandlungsplans (Anzeige Behandlung Versicherter nach § 22a SGB V)
5. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderungsanzeigen)
6. Begründung der modifizierten PAR-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V
7. Geplante Leistungen (Gebührennummern einschließlich Zahnangabe und Anzahl)

§11

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei der

Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer des Behandlungsplans
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Art des Behandlungsplans (Heil- und Kostenplan oder Wiederherstellung/Erweiterung)
5. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderungsantrag)
6. Angaben zu Therapieschritten (Anzahl Therapieschritte insgesamt und lfd. Nr. des Therapieschritts)
7. Befund (B)
8. Regelversorgung (R)
9. Therapieplanung (TP)
10. Bemerkungen (bei Wiederherstellung: Art der Leistung) und ggf. zusätzliche Erläuterungen
11. Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit, Versorgungsleiden
12. Weitere Angaben: Interimsversorgung, Immediatversorgung, unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone, Alter des unbrauchbaren Zahnersatzes in ca.-Jahren getrennt für Ober- und Unterkiefer, NEM
13. Befunde für Festzuschüsse: Befund-Nummern, Zahn/Gebiet, Anzahl
14. Gebührennummern BEMA und Anzahl
15. Bei GOZ-Leistungen:
 - a) Zahn/Gebiet
 - b) Gebührennummer GOZ
 - c) Leistungsbeschreibung
 - d) Anzahl
16. Zahnärztliches Honorar BEMA
17. Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)
18. Geschätzte Material- und Laborkosten
19. Geschätzte Behandlungskosten insgesamt
20. Höhe der Festzuschüsse in Prozent anhand der Einträge im Bonusheft* bzw. der Informationen im PVS des Vertragszahnarztes
21. Kennzeichen für vermuteten Härtefall (optional)
22. Voraussichtlicher Herstellungsort

**Protokollnotiz zu Nr. 19: Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der Zahnarzt im Nachhinein für eine falsche Angabe der Höhe der Festzuschüsse in Prozent nicht haftbar gemacht werden kann, wenn die Krankenkasse bei der Prüfung des Antrags eine andere Höhe der Festzuschüsse feststellt.*

§ 12

Art und Inhalt von Mitteilungen an die Krankenkasse

Der Vertragszahnarzt übermittelt bei jeder Mitteilung folgende Daten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Mitteilung oder um die Änderung einer Mitteilung handelt)
2. Mitteilungsnummer
3. Antragsnummer, auf die sich die Mitteilung bezieht (außer bei Mitteilungsart „KIG-Einstufung“)
4. Ausstellungsdatum der Mitteilung

5. Art der Mitteilung
6. Datum ursprünglicher Behandlungsplan (außer bei Mitteilungsart „KIG-Einstufung“)

Je nach Art der Mitteilung sind zusätzlich folgende Daten zu übermitteln:

KFO / Abschluss der Behandlung

7. Datum Behandlungsabschluss

KFO / Unplanmäßiger Verlauf

8. Begründung für unplanmäßigen Verlauf
9. Weitergehende Erläuterungen

KFO / Behandlungsabbruch

10. Begründung für den Abbruch der Behandlung
11. Weitergehende Erläuterungen

KFO / Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG)

12. KIG-Einstufung

KFO / Zusätzliche Leistungen nach § 2 Abs. 6 der Anlage 4 BMV-Z

13. Gebührennummern BEMA und Anzahl

PAR / Chirurgische Therapie (CPT)

14. Gebührennummern BEMA und Zahnangaben
15. Kennzeichen Überweisung

ZE / Verlängerung eines Heil- und Kostenplans

16. Verlängerung HKP

§ 13

Aufbau der Antragsnummer

¹Für eine eindeutige Identifikation von Leistungsanträgen und Leistungsanzeigen erhält der jeweilige Datensatz eine eindeutige Antragsnummer. ²Die eindeutige Antragsnummer hat den folgenden Aufbau:

1. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
2. Angabe des Antragsjahrs, zweistellig
3. Angabe des Antragsmonats („01“ bis „12“)
4. Leistungsbereich, zweistellig
5. 15-stellige praxisinterne Nummer

³Der Vertragszahnarzt stellt sicher, dass jede Antragsnummer eindeutig ist. ⁴Die Antragsnummer wird für jeden – erstmalig oder bei Änderung erneut übermittelten – Antragsdatensatz neu vergeben. ⁵Für den Aufbau der Mitteilungsnummer nach § 12 im Bereich KFO, PAR und ZE gilt das Entsprechende.

§ 14

Art und Inhalt des Antwortdatensatzes

¹Nach Prüfung des Antrags übermittelt die Krankenkasse das Ergebnis der Prüfung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Der Antwortdatensatz enthält die folgenden Angaben:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine erstmalige Übermittlung, die Änderung einer Genehmigung oder um die Beendigung einer Genehmigung handelt)
2. Antragsnummer oder Mitteilungsnummer, auf den sich der Antwortdatensatz bezieht
3. Antwortkennzeichen (z. B. „genehmigt“ oder „nicht genehmigt“)

4. Begründung bei Ablehnung des Antrags oder bei Bewilligung nach Gutachten
5. Datum der Entscheidung der Krankenkasse
6. Bei Genehmigung Zahnersatz: Höhe der Festzuschüsse in Prozent / Härtefall, Festzuschussbefund-Nummern und jeweilige Anzahl, Festzuschussbetrag pro Befund-Nr. und die Gesamtsumme der genehmigten Festzuschussbeträge
7. Bei Genehmigung KFO: Zuschusshöhe (80/90) und Quartal des Anspruchsbeginns
8. Bei Beendigung einer Genehmigung: Endedatum, d. h. Datum, bis zu dem Leistungen erbracht werden können

§ 15 Gutachterverfahren

¹Bei Einleitung eines evtl. erforderlichen Gutachterverfahrens wird dieses bis auf Weiteres papiergebunden, bei elektronisch gestellten Anträgen unter Verwendung der in Anlage 14c BMV-Z festgelegten eFormulare durchgeführt. ²Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist im Antwortdatensatz der Krankenkasse zum elektronisch gestellten Antrag des Vertragszahnarztes anzugeben.

§ 16 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung, insbesondere der Verfahrensablauf einschließlich Kontroll-, Fehler- und Berichtigungs- sowie Testverfahren werden in einer Anlage 15a, „Technische Anlage“ und in einer Anlage 15b, „Ergebnisse und Szenarien“ zu dieser Vereinbarung geregelt, die in ihrer jeweils aktuellen Form Bestandteil dieser Vereinbarung sind.

(V) In § 17 der Anlage 15 erhalten die Absätze 5 und 6 folgende Fassung:

- (5) ¹Zahnarztpraxen, deren Aufgabe bis zum 30.06.2023 erfolgt, sind nicht verpflichtet, am elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren teilzunehmen. ²Sie können auf die entsprechenden Vordrucke der Anlage 14a BMV-Z zurückgreifen.
- (6) ¹Nach einer Einführungsphase vom 01.01.2023 bis zum 31.12.2023 werden die Vertragspartner eine Evaluation durchführen. ²Die Vertragspartner werden dann über ggf. erforderliche Anpassungen des Verfahrens beraten.

(VI) § 18 der Anlage 15 erhält folgende Fassung:

§ 18 Regelungen für Störfälle

¹In Fällen, in denen eine digitale Übermittlung des elektronischen Antrags aufgrund technischer Störungen nicht möglich ist, kann der Vertragszahnarzt bei medizinisch sofort notwendigen Versorgung (insbesondere im Bereich Zahnersatz) einen mittels Stylesheet nach Anlage 14c BMV-Z erzeugten papiergebundenen, unterschriebenen Ausdruck des Behandlungsplans an die Krankenkasse versenden. ²Eine nach Behebung der Störung zusätzliche Übermittlung des Antrags in elektronischer Form findet nicht statt. ³Änderungsanträge, Mitteilungen o. Ä., die auf den ursprünglich als Ausdruck übermittelten Antrag Bezug nehmen, sind elektronisch zu übermitteln.

Artikel 12

Aufnahme einer Anlage B zum BMV-Z

Nach der Anlage A zum BMV-Z wird der vom Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen am 24.04.2023 beschlossene „Katalog kieferorthopädischer Mehrleistungen und Zusatzleistungen“ als Anlage B aufgenommen.

Artikel 13

Inkrafttreten

Artikel 1 Ziffern I, II, III, IV 4.3.4, 4.3.5, V, VI, Artikel 2, Artikel 3 Ziffern I, IV und V, Artikel 4 Ziffern I, II, III § 1 Abs. 4 der Anlage 6 BMV-Z, IV bis VII, Artikel 5 bis 12 treten am Tag nach der Unterzeichnung in Kraft.

Artikel 1 Ziffer IV 4.3.6 tritt mit Wirkung zum 01.07.2024 in Kraft.

Artikel 3 Ziffern II und III sowie Artikel 4 Ziffer III § 1 Abs. 5 der Anlage 6 BMV-Z treten mit Wirkung zum 01.01.2025 in Kraft.

Berlin, 19.02.2024

gez. KZBV, GKV-SV