

### 30. 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:

#### **Änderungen**

**des Bundesmantelvertrags – Zahnärzte (Paragrafenteil),  
zuletzt geändert am 16.08.2021, in Kraft getreten am 01.07.2021,  
der Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung (Anlage 1 BMV-Z),  
zuletzt geändert am 16.08.2021, in Kraft getreten am 01.07.2018,  
der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz  
(Anlage 2 zum BMV-Z), in der Fassung vom 25.04.2018,  
in Kraft getreten am 01.07.2018,  
der Vereinbarung über Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das  
Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung (Anlage 4 zum  
BMV- Z), in der Fassung vom 25.04.2018, in Kraft getreten am 01.07.2018,  
der Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das  
Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und  
anderen Parodontalerkrankungen (Anlage 5 zum BMV-Z),  
in der Fassung vom 25.04.2018, in Kraft getreten am 01.07.2021,  
der Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das  
Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Anlage 6  
zum BMV-Z), in der Fassung vom 25.04.2018, in Kraft getreten am 01.07.2018,  
des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege  
elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag Anlage 8a zum BMV-Z),  
zuletzt geändert am 16.08.2021, in Kraft getreten am 01.07.2021,  
der Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung  
(Anlage 14a zum BMZ-Z), mit Stand vom 01.07.2021,  
der Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen (Anlage 14b zum  
BMV-Z), zuletzt geändert am 16.08.2021, in Kraft getreten am 01.07.2021**

## **Aufnahme**

**der Elektronischen Formulare (eFormulare) für die vertragszahnärztliche Versorgung (Anlage 14c zum BMV-Z), in der Fassung vom [Datum der Unterzeichnung der Änderungsvereinbarung], in Kraft getreten am 01.01.2022, der Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den eFormularen (Anlage 14d zum BMV-Z), in der Fassung vom [Datum der Unterzeichnung der Änderungsvereinbarung], in Kraft getreten am 01.01.2022**

## **Änderung**

**der Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V (Anlage 15 zum BMV-Z), zuletzt geändert am 29.09.2020, in Kraft getreten am 01.04.2021,**

**der Anforderungen an ein elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren für die BEMA-Teile 2 bis 5 (Anlage 15b zum BMV-Z), mit Stand vom 01.10.2020**

**Hier: elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ), elektronische Patientenakte (ePA) und Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS)**

## **Artikel 1**

### **Änderung des Paragrafenteils zum BMV-Z**

- I. In § 3 Absatz 1 wird folgende Ziffer 11 eingefügt:
  11. die Versorgung mit zahntechnisch individuell angefertigten adjustierbaren Unterkieferprotrusionsschienen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung einer obstruktiven Schlafapnoe.
- II. In § 8 werden die Absätze 4 und 5 wie folgt neu gefasst:
  - (4) <sup>1</sup>Die Beantragung bzw. die Anzeige von Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 erfolgt gegenüber der Krankenkasse grundsätzlich in elektronischer Form. <sup>2</sup>Dabei sind die Vorgaben der Grundsatzvereinbarung (Anlage 15 BMV-Z) zu beachten. <sup>3</sup>Die vertraglich vereinbarten Formulare (eFormulare, Vordrucke und Muster) sind zu verwenden und vollständig auszufüllen. <sup>4</sup>Eine gesonderte Gebühr ist nur abrechenbar, wenn dies vereinbart ist. <sup>5</sup>Im Übrigen gilt der BEMA.
  - (5) <sup>1</sup>Der Vertragszahnarzt unterrichtet die Krankenkasse in elektronischer Form oder schriftlich, wenn die kieferorthopädische Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde bzw. einen unplanmäßigen Verlauf nimmt. <sup>2</sup>Über den Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Krankenkasse unter Angabe der Gründe ebenfalls in elektronischer Form oder schriftlich und kostenfrei zu unterrichten; die Portokosten sind abrechenbar. <sup>3</sup>Die Unterrichtung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt entsprechend

den Vorgaben der Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (Anlage 15 BMV-Z), im Papierverfahren über Vordruck 4c nach Anlage 14a des BMV-Z. <sup>4</sup>Eine abgebrochene kieferorthopädische Behandlung kann innerhalb einer Frist von in der Regel sechs Monaten nach Übermittlung der Abbruchmitteilung wiederaufgenommen werden, falls das Behandlungsziel auf der Grundlage des ursprünglichen Behandlungsplans durch eine Wiederaufnahme der Behandlung erreicht werden kann. <sup>5</sup>Der Vertragszahnarzt zeigt der Krankenkasse die Wiederaufnahme der Behandlung an, bei elektronischem Verfahren durch einen Mitteilungsdatensatz gemäß § 12 der Anlage 15 zum BMV-Z, bei Anwendung des Papierverfahrens durch ein formloses Schreiben.

- III. In § 20 werden die Überschrift in „Formulare“ geändert und die Absätze 1 und 2 wie folgt neu gefasst:

#### **§ 20 – Formulare**

- (1) Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Formulare – mit Ausnahme der von den KZVen zu schaffenden und von ihnen zu liefernden Formulare für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrags vereinbart.
- (2) Für die Formulare sowohl aus dem vertragszahnärztlichen als auch aus dem vertragsärztlichen Bereich gelten die Anlagen 14a und 14b (Vordrucke) sowie 14c und 14d (eFormulare) zum BMV-Z.

- IV. In § 21 wird Absatz 2 wie folgt gefasst:

- (2) <sup>1</sup>Bei der Ausstellung der Formulare kann auf die Verwendung des Vertragszahnarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits aufgedruckt ist. <sup>2</sup>Das Nähere über den Vertragszahnarztstempel ist im Gesamtvertrag zu vereinbaren.

## **Artikel 2**

### **Änderung der Anlage 1 zum BMV-Z**

- I. In Ziffer 2.4.7 Satz 2 wird hinter der Ordnungsnummer 604 folgende Ordnungsnummer angefügt:

646 Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte

- II. Hinter Ziffer 2.4.7 Satz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

<sup>4</sup>Die Ordnungsnummer 646 ist von Änderungen ausgenommen.

- III. In Ziffer 3. wird die Überschrift wie folgt neu gefasst:

#### **3. Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene) (BEMA Teil 2)**

- IV. In Ziffer 3.1 wird die Überschrift wie folgt geändert und die Sätze 1 bis einschließlich 4 gestrichen:

3.1 Behandlungsplanung bei Verletzung und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels

- V. In Ziffer 3.1.1 werden die Überschrift sowie die Sätze 1 bis 10 wie folgt neu gefasst:

3.1.1 Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen

<sup>1</sup>Vor Beginn der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erstellt der Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Behandlungsplan und sendet ihn der Krankenkasse zu. <sup>2</sup>Im elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren sind für den Plan die Angaben nach § 8 der Anlage 15 zum BMV-Z erforder-

lich. <sup>3</sup>Soweit das Papierverfahren zur Anwendung kommt, ist der Vordruck „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ (Vordruck 2 der Anlage 14a zum BMV-Z) zu verwenden. <sup>4</sup>Im elektronischen Verfahren sendet die Krankenkasse einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob der Antrag genehmigt oder abgelehnt wird. <sup>5</sup>Im Papierverfahren sendet sie den Behandlungsplan mit entsprechendem Vermerk an den Zahnarzt zurück. <sup>6</sup>Mit der Behandlung soll erst nach Genehmigung des Behandlungsplans begonnen werden. <sup>7</sup>Hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen. <sup>8</sup>Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. <sup>9</sup>Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Näheres vereinbaren. <sup>10</sup>Ist auf Landesebene ein Genehmigungsverzicht vereinbart, entfällt die Übermittlung der Behandlungsplanung an die Krankenkasse.

**VI.** In Ziffer 3.1.2 werden die Überschrift sowie die Sätze 1 bis 4 wie folgt neu gefasst:

#### 3.1.2 Behandlungsplanung bei Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels

<sup>1</sup>Vor Beginn der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels erstellt der Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Behandlungsplan. <sup>2</sup>Im elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren sind für den Plan die Angaben nach § 7 der Anlage 15 zum BMV-Z erforderlich. <sup>3</sup>Soweit das Papierverfahren zur Anwendung kommt, ist der Vordruck „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ (Vordruck 2 der Anlage 14a zum BMV-Z) zu verwenden. <sup>4</sup>Die geplante Behandlung ist vom Vertragszahnarzt der Krankenkasse durch Übersendung des elektronischen Datensatzes bzw. im Papierverfahren durch Zusendung des Vordrucks 2 unverzüglich anzuzeigen.

**VII.** Ziffer 3.2.1 wird wie folgt neu gefasst:

Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene) zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

**VIII.** In Ziffer 3.2.2 wird Satz 3 wie folgt neu gefasst:

<sup>3</sup>Pro Abformung bei der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels oder Kiefergelenkserkrankungen kann ein Pauschalbetrag in Höhe von 3,00 EUR abgerechnet werden.

**IX.** Ziffer 6.2.1 wird wie folgt neu gefasst:

#### 6.2.1 Rechnungsbeträge/Erstellung der Abrechnung

<sup>1</sup>Die Abrechnung der Festzuschüsse für Regel- und/oder gleichartige Versorgungen erfolgt über die KZV im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. <sup>2</sup>Dabei ist der Datensatz unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen, insbesondere des § 6 zum DTA-Vertrag (Anlage 8a zum BMV-Z) vollständig zu erstellen und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) zu übermitteln. <sup>3</sup>Die KZV bestimmt das Verfahren der Datenlieferung gem. § 4 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011 (Anlage 9 zum BMV-Z).

**X.** Ziffer 6.2.2 wird wie folgt neu gefasst:

#### 6.2.2 Zahnarztthonorar (BEMA)

<sup>1</sup>Die im Heil- und Kostenplan unter „Kostenplanung“ aufgeführte Summe des BEMA-Honorars für die Regelleistungen ist in EUR und Cent anzugeben. <sup>2</sup>Wurden nur Teilleistungen erbracht, zum Beispiel, weil der Versicherte verstorben ist, werden diese mit einem „T“ für Teilleistungen gekennzeichnet und mit der Erklärung versehen, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist.

<sup>3</sup>Für die Abrechnung des Vertragszahnarztes gelten bei der Neufestsetzung der Gebühren die geänderten Gebührensätze bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen für alle vom Tag des Inkrafttretens an ausgestellten Heil- und Kostenpläne.

**XI.** Ziffer 6.2.3 wird wie folgt neu gefasst:

**6.2.3 Zahnarztthonorar zusätzliche Leistungen BEMA**

<sup>1</sup>Das Zahnarztthonorar für BEMA-Leistungen, die im Laufe der Behandlung zusätzlich angefallen sind (beispielsweise das Wiederbefestigen oder die Neuanfertigung eines Provisoriums) ist in EUR und Cent zu übermitteln. <sup>2</sup>Das umfasst auch das Honorar für nachträgliche Befunde, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

**XII.** Hinter Ziffer 6.2.3 werden die Ziffern 6.2.4 bis 6.2.11 wie folgt angefügt:

**6.2.4 Zahnarztthonorar GOZ**

Es ist die Gesamtsumme der angefallenen GOZ-Gebühren bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen in EUR und Cent zu übermitteln.

**6.2.5. Material- und Laborkosten Gewerblich**

Es sind je Behandlungsfall alle im gewerblichen Labor angefallenen zahntechnischen Leistungen nach BEL (Leistungsnummer und Leistungsinhalt) und BEB (Leistungsinhalt) einschließlich deren Preise sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR und Cent zu übermitteln.

**6.2.6 Material- und Laborkosten Praxis**

Es sind je Behandlungsfall alle im Praxislabor angefallenen zahntechnischen Leistungen nach BEL (Leistungsnummer und Leistungsinhalt) und BEB (Leistungsinhalt) einschließlich deren Preise sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR und Cent zu übermitteln.

**6.2.7 Versandkosten Praxis**

<sup>1</sup>Es sind die Versandkosten der Praxis je Versandgang für die Versendung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u. Ä.) an das gewerbliche Labor zu übermitteln. <sup>2</sup>Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor können je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland, max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. <sup>3</sup>Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden. <sup>4</sup>Abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien sind zulässig.

**6.2.8 Gesamtsumme**

Die Gesamtsumme 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, ist zu übermitteln.

**6.2.9 Festzuschuss Kasse**

<sup>1</sup>Der Festzuschuss der Krankenkasse ist in EUR und Cent zu übermitteln. <sup>2</sup>Er errechnet sich durch Addition des/der von der Krankenkasse bewilligten Festzuschusses/Festzuschüsse sowie ggf. Festzuschüsse für nachträgliche Befunde, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. <sup>3</sup> Bei Teilleistungen sind die Beträge gemäß Befundklasse 8 einzutragen.

Härtefall:

<sup>4</sup>Versicherte, die gemäß § 55 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würden und eine Regelversorgung wählen, erhalten grundsätzlich einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten. <sup>5</sup>Deckt der Festzuschuss in Höhe

von 100 Prozent die tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen Kosten.

<sup>6</sup>Wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- und/oder andersartigen Zahnersatz, erhalten sie maximal einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent.

<sup>7</sup>Bei der Abrechnung des Festzuschusses ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind. <sup>8</sup>Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung und der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen werden von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind.

<sup>9</sup>Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen. <sup>10</sup>Der sich daraus ergebende Betrag ist der anzusetzende Festzuschuss. <sup>11</sup>Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) hat zugesagt, gegenüber seinen Mitgliedern die Empfehlung auszusprechen, dass ein gesonderter Ausweis der Edelmetallkosten erfolgen soll. <sup>12</sup>Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inkl. MwSt. <sup>13</sup>Der errechnete Betrag ist als Kassenanteil zu übermitteln.

Beispiel:

Gesamtkosten	1.050,- EUR
Festzuschuss 100 %	1.000,- EUR
./. Mehrkosten (Edelmetallkosten ./.. fiktive NEM-Kosten)	100,- EUR
-----	
Festzuschuss der Krankenkasse	950,- EUR

#### 6.2.10 Versichertenanteil

<sup>1</sup>Der Versichertenanteil ist in EUR und Cent zu übermitteln. <sup>2</sup>Er bildet die Differenz zwischen der Gesamtsumme und dem Festzuschuss der Krankenkasse.

#### 6.2.11 Sonstige Angaben

<sup>1</sup>Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes ist zu übermitteln. <sup>2</sup>Als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben.

### Artikel 3

#### Änderung der Anlage 2 zum BMV-Z

I. Vor Ziffer 1 wird folgender Abschnitt 1 eingefügt:

##### **Abschnitt 1 – Behandlungsplanung**

II. Ziffern 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

##### **1. Heil- und Kostenplan**

<sup>1</sup>Vor Beginn der Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) zu erstellen. <sup>2</sup>Im elektronischen Verfahren muss der HKP die in § 11 der Anlage 15 zum BMV-Z aufgeführten Angaben enthalten. <sup>3</sup>Im Papierverfahren ist der HKP nach dem in der Anlage 14a zum BMV-Z beigefügten Vordruck 3a (Teil 1) und 3b (Teil 2) zu erstellen; der Teil 2 (Vordruck 3b) ist nur auszufüllen, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant werden. <sup>4</sup>Bei der Angabe der zu erwartenden Kosten sind in volle EUR kaufmännisch gerundete Beträge ausreichend, die für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen anzugeben sind. <sup>5</sup>Der HKP hat die Gesamtplanung zu enthalten.

<sup>6</sup>Der Zahnarzt hat den Patienten vor Erstellung des Heil- und Kostenplans über folgendes aufzuklären:

- Befund und Indikation für die Behandlung
- Behandlungsalternativen
- voraussichtliche Behandlungskosten
- voraussichtlicher Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes

<sup>7</sup>Nach dem Gesetz darf der Vertragszahnarzt keine Gebühr für die Planung oder Erstellung des HKP vom Versicherten verlangen.

## **2. Gesamtplanung, Therapieschritte, Direktabrechnung**

<sup>1</sup>Der Vertragszahnarzt hat im HKP den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und – bei gleich- und andersartiger Versorgung – die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben. <sup>2</sup>Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben. <sup>3</sup>Im elektronischen Verfahren hat der Vertragszahnarzt außerdem den voraussichtlichen Bonus (prozentuale Höhe der Festzuschüsse) anhand der ihm vorliegenden Unterlagen anzugeben.

<sup>4</sup>In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. <sup>5</sup>Damit für die Krankenkasse erkennbar ist, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt, muss dies im HKP bei elektronischem Verfahren unter „Anzahl der Therapieschritte“, im Papierverfahren unter „Bemerkungen“ aufgeführt werden. <sup>6</sup>Für die einzelnen Therapieschritte ist jeweils ein eigener HKP auszustellen; im elektronischen Verfahren sind die Planungen durchnummerieren und zeitgleich an die Krankenkasse zu übermitteln. <sup>7</sup>Bei Bewilligung des ersten Therapieschritts müssen für die Krankenkasse der Gesamtbefund und die Gesamtplanung ersichtlich sein. <sup>8</sup>Soweit die Gesamtvertragspartner für das Papierverfahren ausgestaltende Regelungen für den Umgang mit Therapieschritten getroffen haben oder noch treffen werden, gelten diese bis zum Beginn des flächendeckenden Echtbetriebs des elektronischen Antragsverfahren (vgl. § 17 Anlage 15).

<sup>9</sup>Der Vertragszahnarzt kennzeichnet auf dem HKP die Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat, im elektronischen Verfahren mit dem Kennzeichen „Direktabrechnung“, im Papierverfahren mit dem Kennzeichen „D“.

III. Ziffer 3 wird wie folgt neu eingefügt:

### **3. Patienteninformation**

<sup>1</sup>Im elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren informiert der Vertragszahnarzt den Patienten in schriftlicher Form (Formular 3c oder Formular 3d der Anlage 14a BMV-Z) über die geplante Behandlung. <sup>2</sup>Es wird dem Vertragszahnarzt empfohlen, die Behandlung erst nach Unterschrift des Patienten unter die Patienteninformation bei der Krankenkasse zu beantragen.

IV. Die ursprüngliche Ziffer 3 wird zu Ziffer 4 und lediglich hinsichtlich der Überschrift wie folgt neu gefasst:

### **4. Gleichartige Versorgung bei Kronen, Stiften, Brücken, Teilprothesen und Kombinationszahnersatz**

V. Hinter Ziffer 4 wird folgender Abschnitt 2 eingefügt:

#### **Abschnitt 2 – Beantragungs- und Genehmigungsverfahren**

VI. Die ursprünglichen Ziffern 4 und 5 werden zu Ziffern 5 und 6 und wie folgt neu gefasst:

### **5. Beantragung**

<sup>1</sup>Der HKP ist der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung grundsätzlich in elektronischer Form zu übermitteln. <sup>2</sup>Bei Anwendung des Papierverfahrens sind die Vordrucke 3a und – bei gleich- oder andersartiger Versorgung - 3b vorzulegen.

## **6. Entscheidung der Krankenkasse**

<sup>1</sup>Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. <sup>2</sup>Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. <sup>3</sup>Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Genehmigung erteilt hat. <sup>4</sup>Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. <sup>5</sup>Bei Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse im elektronischen Verfahren ein neuer HKP als Änderungsantrag, im Papierverfahren ein geänderter HKP vorzulegen. <sup>6</sup>Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird. <sup>7</sup>Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.

**VII.** Hinter Ziffer 6 wird folgender Abschnitt 3 neu eingefügt:

### **Abschnitt 3 – Abrechnung**

**VIII.** Die ursprüngliche Ziffer 6 wird zu Ziffer 7 und wie folgt gefasst:

#### **7. Abrechnung mit Versicherten**

<sup>1</sup>Der Versicherte erhält vom Zahnarzt eine Rechnung über die angefallenen Kosten für die einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen.

<sup>2</sup>Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach dem BEMA und dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) abzurechnen. <sup>3</sup>Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen.

<sup>4</sup>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. <sup>5</sup>Diese werden nach der GOZ bzw. nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) in Rechnung gestellt.

<sup>6</sup>Handelt es sich um ausschließlich andersartige Versorgungsleistungen oder entfallen bei Mischfällen (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) mehr als 50 v. H. des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versorgungsleistungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. <sup>7</sup>Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenze als 50 v. H. vereinbaren. <sup>8</sup>Im Gegensatz zur Abrechnung von Leistungen der Regelversorgung oder von gleichartigen Leistungen werden bei der Rechnungslegung von andersartigen Leistungen die festgesetzten Festzuschüsse nicht von der Rechnungssumme (den Gesamtkosten) abgezogen. <sup>9</sup>Neben der Gesamtrechnung erhält der Versicherte zur Vorlage bei der Krankenkasse bei elektronischem Verfahren den Vordruck 3e, im Papierverfahren den einschließlich Teil V (Rechnungsbeträge) ausgefüllten Heil- und Kostenplan (Teil1).

<sup>10</sup>Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung für Sonderanfertigungen nach Nummer 1 des Anhangs XIII der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte in der jeweils geltenden Fassung beizufügen. <sup>11</sup>Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.

**IX.** Die ursprüngliche Ziffer 7 „Abrechnung der Festzuschüsse“ wird zu Ziffer 8 und a) Satz 2 wie folgt neu gefasst:

<sup>2</sup>Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung des Festzuschussbetrages zu berücksichtigen.



## Artikel 4

### Änderung der Anlage 4 zum BMV-Z

I. § 1 Absätze 1 bis 3 werden wie folgt neu gefasst:

#### § 1

##### Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) <sup>1</sup>Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung erstellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan. <sup>2</sup>Im elektronischen Verfahren ist der Antrag nach den in § 9 der Anlage 15 zum BMV-Z genannten Vorgaben zu erstellen und der Krankenkasse auf elektronischem Wege zuzuleiten. <sup>3</sup>Im Papierverfahren ist der Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z in zweifacher Ausfertigung zu erstellen; beide Exemplare sind der Krankenkasse zuzuleiten. <sup>4</sup>Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA), Teil 3. <sup>5</sup>Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 im elektronischen Verfahren mit einem Verlängerungsantrag gemäß § 9 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.
- (2) <sup>1</sup>Stellt 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 zum BMV-Z mitzuteilen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt hat der Krankenkasse ebenfalls mitzuteilen, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. <sup>3</sup>Die Mitteilung erfolgt bei Anwendung des elektronischen Verfahrens durch einen Mitteilungsdatensatz nach § 12 der Anlage 15 zum BMV-Z, beim Papierverfahren durch Übersendung einer weiteren Ausfertigung des Vordrucks 4b.
- (3) <sup>1</sup>Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang eine Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt. <sup>2</sup>Dies erfolgt im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, bei Anwendung des Papierverfahrens durch Rücksendung eines mit der Kostenübernahmeerklärung versehenen Behandlungsplans. <sup>3</sup>Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum grundsätzlich in elektronischer Form an die zuständige KZV. <sup>4</sup>Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. <sup>5</sup>Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. <sup>6</sup>Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln. <sup>7</sup>Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. <sup>8</sup>Erfolgt keine Kostenübernahme, hat die Krankenkasse den Vertragszahnarzt hierüber ebenfalls zu unterrichten: im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz nach § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Rücksendung des Behandlungsplans. <sup>9</sup>Behandlungen, 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. § 2 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:
- (2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan in zweifacher Ausfertigung (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (wie Kiefermodelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund) einschließlich vorliegender Auswertungen unverzüglich zuzuleiten.
- III. § 3 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:
- (5) <sup>1</sup>Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplans (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c des BMV-Z, im Papierverfahren Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) der Krankenkasse zu. <sup>2</sup>Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. <sup>3</sup>Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplans (im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c des BMV-Z, im Papierverfahren den Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück.
- IV. § 4 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV den Behandlungsplan, den Verlängerungsantrag oder die Therapieänderung (im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c des BMV-Z, im Papierverfahren den Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z), das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.

## Artikel 5

### Änderung der Anlage 5 zum BMV-Z

- I. § 1 Absätze 1 bis 4 werden wie folgt neu gefasst:
- (1) <sup>1</sup>Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus zu erstellen. <sup>2</sup>Im elektronischen Verfahren ist der Parodontalstatus nach den in § 10 der Anlage 15 zum BMV-Z genannten Vorgaben zu erstellen und der Krankenkasse auf elektronischem Wege zuzuleiten. <sup>3</sup>Im Papierverfahren ist der Parodontalstatus unter Verwendung der Vordrucke 5a (Blatt 1) und 5b (Blatt 2) der Anlage 14a zum BMV-Z zu erstellen und der Krankenkasse zuzusenden.
- (2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse meldet dem Vertragszahnarzt zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, ob sie die Behandlung genehmigt oder ablehnt. <sup>2</sup>Dies erfolgt im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Rücksendung des mit der Kostenübernahme- oder der Ablehnungserklärung versehenen Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) an den Vertragszahnarzt. <sup>3</sup>Mit der Behandlung soll erst nach Eingang der Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. <sup>4</sup>Behandlungen, 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) Stellt sich nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (geschlossenes Verfahren) im Rahmen der Befundevaluation heraus, dass eine chirurgische Therapie (offenes Verfahren) an einzelnen Parodontien erforderlich ist, ist diese vom Vertragszahnarzt der Krankenkasse zur Kenntnis zu geben. Die Kenntnissgabe erfolgt im elektronischen Verfahren durch Zusendung eines Mitteilungsdatensatzes gemäß § 12 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Übersendung des Vordrucks 5c der Anlage 14a zum BMV-Z.
- (4) <sup>1</sup>Die Genehmigung bzw. die Kostenübernahmeerklärung gemäß Absatz 2 Satz 1 und 2 schließt Maßnahmen der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT) für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein. <sup>2</sup>Eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen über diesen Zeitraum hinaus ist vom Vertragszahnarzt möglichst zeitnah nach Erbringung der letzten UPT-Leistung bei der Krankenkasse zu beantragen. <sup>3</sup>Dies erfolgt im elektronischen Verfahren durch einen Verlängerungsantrag gemäß § 10 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Übersendung des Vordrucks 5d der Anlage 14a zum BMV-Z an die Krankenkasse. <sup>4</sup>Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten; der Verlängerungszeitraum beginnt mit dem Tag der Kostenübernahmeerklärung zu laufen. <sup>5</sup>Im Übrigen gelten die Regelungen von Absatz 2 sinngemäß.

**II. § 2 Absätze 2 und 3 werden wie folgt neu gefasst:**

- (2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (im elektronischen Verfahren Ausdruck der eFormulare 5a [Blatt 1] und 5b [Blatt 2] nach Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren – Vordruck 5a [Blatt 1] und Vordruck 5b [Blatt 2] der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens durch Übermittlung eines Exemplars des Vordrucks 6a. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.
- (3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse sendet den Antrag auf Verlängerung der UPT-Maßnahmen (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 5d nach Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren Vordruck 5d der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens durch Übermittlung eines Exemplars des Vordrucks 6a. <sup>2</sup>Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter den Verlängerungsantrag zusammen mit der Dokumentation der erneuten Untersuchung des Parodontalzustands nach BEMA-Nr. UPT g bzw. bei Grad B und C mit der Dokumentation der erneuten Messung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung nach BEMA-Nr. UPT d und – falls zwischenzeitlich angefertigt – aktuelle Röntgenbilder der zu behandelnden Zähne unverzüglich zuzuleiten.

## **Artikel 6**

### **Änderung der Anlage 6 zum BMV-Z**

**I. § 1 wird wie folgt neu gefasst:**

#### **§ 1**

##### **Antrags-/Genehmigungsverfahren**

- (1) <sup>1</sup>Anhand des Befunds erstellt der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP). <sup>2</sup>Im elektronischen Verfahren ist der Antrag nach den in § 11 der Anlage 15 zum BMV-Z genannten Vorgaben zu erstellen und der Krankenkasse auf elektronischem Wege zu übermitteln. <sup>3</sup>Im Papierverfahren ist der HKP unter Verwendung der Vordrucke 3a und 3b der Anlage 14a zum BMV-Z zu erstellen und der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen. <sup>4</sup>Der HKP ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.

- (2) <sup>1</sup>Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und Brücken und zur Wiederherstellung oder Erweiterung von Prothesen nach den Befund-Nrn. 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zum Bewilligungsverfahren zulässig. <sup>2</sup>Diese Befunde können auch ohne vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse versorgt werden. <sup>3</sup>Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5. <sup>4</sup>Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. <sup>5</sup>Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Vertragszahnarzt bekannten Härtefällen ist der HKP vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung der Krankenkasse vorzulegen.
- (3) <sup>1</sup>Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen eine Kostenübernahmeerklärung mit Zuschussfestsetzung ab. <sup>2</sup>Dies erfolgt im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Rücksendung des mit der Kostenübernahmeerklärung versehenen Heil- und Kostenplans über den Versicherten an den Vertragszahnarzt. <sup>3</sup>Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss.
- (4) <sup>1</sup>Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. <sup>2</sup>Bei nachträglichen Änderungen des Befunds oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Krankenkasse im elektronischen Verfahren ein neuer HKP als Änderungsantrag, im Papierverfahren ein geänderter HKP zur Neufestsetzung des Zuschusses zu übermitteln (§ 6 Satz 5 der Anlage 2 zum BMV-Z). <sup>3</sup>Behandlungen, 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.

II. § 2 Absätze 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

- (1) <sup>1</sup>Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten HKP in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. <sup>2</sup>Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. <sup>3</sup>In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. <sup>4</sup>Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. <sup>5</sup>Die Krankenkasse übersendet den HKP (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 3 nach Anlage 14c BMV-Z, im Papierverfahren die Vordrucke 3a und ggf. 3b nach Anlage 14a BMV-Z) unverzüglich einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. <sup>6</sup>Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieses Vordrucks.
- (2) Nach Abschluss der Begutachtung teilt die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt mit, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden, im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz mit Hinweis „Gutachterlich befürwortet“ bzw. „Gutachterlich nicht befürwortet“, im Papierverfahren durch Übersendung des HKPs, ggf. über den Versicherten.

III. § 3 Absatz 3 wird zu § 3 Absatz 2, § 3 Absatz 4 wird zu § 3 Absatz 3

IV. § 3 Absatz 2 wird zu § 3 Absatz 4 und wie folgt neu gefasst:

- (4) <sup>1</sup>Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem HKP, im elektronischen Verfahren auf dem Ausdruck des eFormulars 3 der Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren auf dem Vordruck 3a der Anlage 14a zum BMV-Z, zu vermerken. <sup>2</sup>Befürwortet der Gutachter den HKP, so leitet er seine schriftliche Stellungnahme

der Krankenkasse zu. <sup>3</sup>Befürwortet er den HKP nicht, so übersendet er seine Stellungnahme der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt.

V. § 4 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

- (2) <sup>1</sup>Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter einen Ausdruck des abgerechneten HKPs, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 3 der Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren Vordrucke 3a und – bei gleichartiger Versorgung – 3b der Anlage 14a zum BMV-Z, im Original oder als Kopie sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln. <sup>2</sup>Der Gutachter kann der Krankenkasse anheimstellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. <sup>3</sup>Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.

VI. In § 4 wird die Protokollnotiz wie folgt gefasst:

*Protokollnotiz:*

*Zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungs- und sogenannten Mischfällen (Nm. 7d, 7e der Anlage 2 zum BMV-Z) ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den HKP (im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 3 der Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren die Vordrucke 3a und 3b nach Anlage 14a zum BMV-Z), der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.*

VII. In § 5a wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

<sup>1</sup>Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum HKP sowie zu vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen.

## Artikel 7

### Änderung der Anlage 8a zum BMV-Z

- I. In der Überschrift der Anlage 8a wird hinter „mit Wirkung ab dem 01.01.2022“ folgende neue Fußnote<sup>1</sup> eingefügt:

<sup>1</sup>Die Änderung zu der Antragsnummer tritt mit Wirkung zum 01.04.2022 für die Pilotpraxen und zum 01.07.2022 für alle andere Praxen in Kraft.

- II. In § 3 werden die Überschrift und Absatz 1 wie folgt neu gefasst:

### § 3

#### Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen

#### für Leistungen bei Kieferbruch, Kiefergelenkerkrankungen und der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene

- (1) <sup>1</sup>Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). <sup>2</sup>Dieser enthält folgende Angaben:

1. KZV-Nummer
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen

3. Krankenversichertennummer
  4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
  5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
  6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
  7. Monat der Abrechnung
  8. Antragsnummer (nicht bei der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene)
  9. Fallnummer
  10. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. der Anzeige (nicht bei der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene)
  11. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen bei Kieferbruch, Kiefergelenkserkrankungen und zur Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezugs sowie gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten
  12. abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
  13. abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR
  14. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
- III. In § 4 Absatz 1 wird hinter Ziffer 8. „Leistungsquartal“ folgende neue Ziffer 9. eingefügt und die nachfolgenden Ziffern (Ziffer 10. „Fallnummer“ bis Ziffer 20. „Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge“) entsprechend angepasst:
9. Antragsnummer
- IV. In § 5 Absatz 1 wird hinter Ziffer 7. „Monat der Abrechnung“ folgende neue Ziffer 8. eingefügt und die nachfolgenden Ziffern (Ziffer 9. „Fallnummer“ bis 16. „Kosten der Behandlung [Fallwert in Punkt oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV]) entsprechend angepasst:
8. Antragsnummer
- V. § 6 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

## § 6

### **Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Zahnersatz-Leistungen nach § 55 SGB V**

- (1) <sup>1</sup>Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). <sup>2</sup>Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
  2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
  3. Krankenversichertennummer
  4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
  5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren

6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
7. Monat und ggf. Nummer der Abrechnung
8. Antragsnummer
9. Fallnummer
10. Ausstellungsdatum des Heil und Kostenplans
11. Eingliederungsdatum und Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahn-ersatzes
12. Angabe Unfall oder Unfallfolge/Berufskrankheit
13. Angabe Versorgungsleiden
14. Kennzeichnung bei Verwendung von Nichtedelmetall (NEM)
15. Kennzeichen im Falle von Teilleistungen einschließlich Erklärung, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist
16. Angabe des Befunds/der Befunde für die Festzuschüsse einschließlich der Zahn-/Gebietsbezeichnung einschließlich der Festzuschussbeträge in EUR
17. dto. für nachträgliche Befunde
18. Angabe Höhe des Festzuschusses in Prozent bzw. Härtefall
19. Kennzeichen, dass keine GOZ-Leistungen enthalten sind
20. Gesamtsumme aller Rechnungsbeträge
21. Festzuschuss der Kasse in EUR (höchstens Wert wie in Nr. 20)
22. Versichertenanteil in EUR (Differenz Nr. 20 abzüglich Nr. 21)
23. In allen Behandlungsfällen sind das Zahnarztthonorar, das Zahnarztthonorar für zusätzliche Leistungen, sowie die Versandkosten der Praxis anzugeben.  
In allen Härtefällen und in allen Fällen der nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen:
  - abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Zahnersatzleistungen
  - abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
  - abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR

## Artikel 8

### Änderung der Anlage 14a zum BMV-Z

- I. Auf Seite 14a-1 werden hinter Vordruck 3b im Inhaltsverzeichnis folgende neue Vordrucke ergänzt:
  - Vordruck 3c** – Patienteninformation Regelversorgung
  - Vordruck 3d** – Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung
  - Vordruck 3e** – Direktabrechnung Zahnersatz
- II. Hinter der Grafik „Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2“ auf Seite 14a-6 werden folgende neue Überschriften und Grafiken zu den neuen Vordrucken 3c bis 3e eingefügt:





## Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 2

### \*Erläuterungen zu den im Zahnschema verwendeten Kürzeln

#### Befund:

a	- Adhäsivbrücke (Anker)	sew	- ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ab	- Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sk	- Implantatgetragene Intakte Krone
abw	- erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	skw	- erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Krone
aw	- erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	so	- Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopentanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
b	- Brückenglied	sow	- erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopentanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
bw	- erneuerungsbedürftiges Brückenglied	st	- Implantatgetragene Teleskopkrone
e	- ersetzter Zahn	stw	- erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Teleskopkrone
ew	- ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t	- Teleskopkrone
f	- fehlender Zahn	tzw	- erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
iz	- zu entfernendes Implantat	tw	- erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
k	- klinisch intakte Krone	ur	- unzureichende Restauration
kar	- erneuerungsbedürftige Krone	wv	- erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
par	- erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzverlusten	x	- nicht erhaltungswürdiger Zahn
pbw	- erneuerungsbedürftige Teilkrone	X	- Lötenschluss
r	- Wurzelkappe mit ersetztem Zahn		
r	- erneuerungsbedürftige Wurzelkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn		
sb	- Implantatgetragenes Brückenglied		
sbw	- erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Brückenglied		
se	- ersetzter Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese		

#### Behandlungsplanung:

A	- Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	- Implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verbindung
ADM	- Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	SE	- zu ersetzender Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	- Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verbindung)	SK	- Implantatgetragene Krone
B	- Brückenglied	SKM	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
BM	- Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	SKMO	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschlebe
BV	- Brückenglied mit vestibulärer Verbindung	SKO	- Implantatgetragene Krone mit Geschlebe
E	- zu ersetzender Zahn	SKV	- Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung
H	- gegessene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	- Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschlebe
K	- Krone	SO	- Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopentanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
KH	- Krone mit Halteelement	ST	- Implantatgetragene Teleskopkrone
KM	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	STM	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
KMH	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	STV	- Implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
KMO	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschlebe	T	- Teleskopkrone
KO	- Krone mit Geschlebe	TM	- Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KV	- Krone mit vestibulärer Verbindung	TZ	- Sekundärteil einer Teleskopkrone
KVH	- Krone mit vestibulärer Verbindung und Halteelement	TZM	- Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KVO	- Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschlebe	TZV	- Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PK	- Teilkrone	TV	- Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PKM	- Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet		
PKV	- Teilkrone mit vestibulärer Verbindung		
R	- Wurzelkappe mit zu ersetzendem Zahn		
SB	- Implantatgetragenes Brückenglied		
SBM	- Implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied		

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 1

**Patienteninformation zum Zahnersatz**

**Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung**

**I. Versicherter**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Versichertennummer \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 Antragsnummer \_\_\_\_\_

**II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)\***

TP																				
R																				
B																				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
B																				
R																				
TP																				

**III. Voraussichtliche Kosten**

Für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

Zahn/ Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
<i>Tabelle GOZ-Leistungen nach Bedarf verlängerbar</i>				

Zahnärztliches Honorar BEMA: \_\_\_\_\_ (EUR)  
 Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt): \_\_\_\_\_ (EUR)  
 Material und Laborkosten (geschätzt): \_\_\_\_\_ (EUR)  
 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt): \_\_\_\_\_ (EUR)  
 Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages  
 (\_\_\_ % Festzuschuss): \_\_\_\_\_ (EUR)  
 Ihr voraussichtlicher Eigenanteil: \_\_\_\_\_ (EUR)

Originalgröße: DIN A4

## Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 2

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes)

#### IV. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes \_\_\_\_\_ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu III.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

#### V. Information über die Kosten der Regelversorgung:

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100% EUR \_\_\_\_\_

Abzüglich von der Kasse festgesetzte Festzuschüsse EUR \_\_\_\_\_

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen. EUR \_\_\_\_\_

## Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 3

### \*Erläuterungen zu den im Zahnschema verwendeten Kürzeln

#### Befund:

a	- Adhäsivbrücke (Anker)	sew	- ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ab	- Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sk	- Implantatgetragene intakte Krone
abw	- erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	skw	- erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Krone
aw	- erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	so	- Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
b	- Brückenglied	sow	- erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
bw	- erneuerungsbedürftiges Brückenglied	st	- Implantatgetragene Teleskopkrone
e	- ersetzter Zahn	sbw	- erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Teleskopkrone
ew	- ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t	- Teleskopkrone
f	- fehlender Zahn	t2e	- erneuerungsbedürftiges Sekundärdiel einer Teleskopkrone
fr	- zu entfernendes Implantat	tw	- erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
l	- idiosyncratisch intakte Krone	ur	- unzureichende Retention
lkr	- erneuerungsbedürftige Krone	ww	- erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
pw	- erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	x	- nicht erhaltungswürdiger Zahn
ptw	- erneuerungsbedürftige Teilkrone	X	- Lückenschluss
r	- Wurzelstumppe mit ersetztem Zahn		
rw	- erneuerungsbedürftige Wurzelstumppe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn		
sb	- Implantatgetragenes Brückenglied		
sbw	- erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Brückenglied		
se	- ersetzter Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese		

#### Behandlungsplanung:

A	- Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	- Implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verbindung
ABM	- Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	SE	- zu ersetzender Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	- Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verbindung)	SK	- Implantatgetragene Krone
B	- Brückenglied	SKM	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
BM	- Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	SKMO	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
BV	- Brückenglied mit vestibulärer Verbindung	SKO	- Implantatgetragene Krone mit Geschiebe
E	- zu ersetzender Zahn	SKV	- Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung
H	- gegessene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	- Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschiebe
K	- Krone	SO	- Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
KH	- Krone mit Halteelement	ST	- Implantatgetragene Teleskopkrone
KM	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	STM	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
KMH	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	STV	- Implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
KMO	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe	T	- Teleskopkrone
KO	- Krone mit Geschiebe	TM	- Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KV	- Krone mit vestibulärer Verbindung	T2	- Sekundärdiel einer Teleskopkrone
KVH	- Krone mit vestibulärer Verbindung und Halteelement	T2M	- Sekundärdiel einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KVO	- Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschiebe	T2V	- Sekundärdiel einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PK	- Teilkrone	TV	- Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PKM	- Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet		
PKV	- Teilkrone mit vestibulärer Verbindung		
R	- Wurzelstumppe mit zu ersetzendem Zahn		
SB	- Implantatgetragenes Brückenglied		
SBM	- Implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied		

3

Originalgröße: DIN A4

### Vordruck 3e: Direktabrechnung Zahnersatz

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Versicherungsnummer

Kostenführer, Wohnung, Versicherungs-Nr., Status

Abrechnungs-Nr., Zahnarzt-Nr., Datum

**Direktabrechnung Zahnersatz**

**Hinweis an den Versicherten:**  
Bitte reichen Sie dieses Formular bei Ihrer Krankenkasse zwecks Auszahlung der Festzuschüsse ein.

**Personalienfeld nach Vorgabe der Anlage 14b BfMV-Z**

TP																	
R																	
B																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B																	
R																	
TP																	

Antragsnummer	
Genehmigungsdatum	

Nachträgliche Befunde Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

Rechnungsbeträge	Euro
ZA-Honorar BEMA	
ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA	
ZA-Honorar GOZ	
Material- und Laborkosten (gewerblich)	
Material- und Laborkosten (Praxis)	
Versandkosten Praxis	
Gesamtsumme	
Festzuschuss Krankenkasse	
Versichertenanteil	

Eingliederungsdatum	T	T	M	M	J	J
Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes						

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße: DIN A4

- III. Hinter der Überschrift des Vordrucks e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Seite 14a-25 wird ein Sternchen „\*“ mit folgendem Inhalt eingefügt:

\*Vordruck e01 wird zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14c überführt.

## Artikel 9

### Änderung der Anlage 14b zum BMV-Z

Unter C. wird hinter der Überschrift des Vordrucks e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Seite 14b-29 ein Sternchen „\*“ mit folgendem Inhalt eingefügt:

\*Die Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung werden zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14d überführt.

## Artikel 10

### Aufnahme der neuen Anlage 14c zum BMV-Z

- I. Aufnahme der neuen Anlage 14c wie folgt, bei der wie bei Papiervordrucken (Anlage 14a BMV-Z) ein Inhaltsverzeichnis und die per Stylesheet-Vorlagen erzeugten Formulare abgebildet werden:

#### **Elektronische Formulare (eFormulare) für die vertragszahnärztliche Versorgung**

##### **Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich**

[Abbildungen folgen zu einem späteren Zeitpunkt]

- eFormular 1** - Anzeige Kieferbruchbehandlung
- eFormular 2** - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen
- eFormular 3** - Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz
- eFormular 4a** - KFO-Behandlungsplan
- eFormular 4b** - nicht besetzt
- eFormular 4c** - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung
- eFormular 5a** - Parodontalstatus Blatt 1
- eFormular 5b** - Parodontalstatus Blatt 2
- eFormular 5c** - Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
- eFormular 5d** - Antrag auf Verlängerung der UPT (derzeit nicht besetzt)
- eFormular 5e** - Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

##### **Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich**

- e01** - elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) \*

- II. Im Inhaltsverzeichnis wird hinter e01 – elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ein Sternchen „\*“ mit folgendem Inhalt gefasst:

\*Vordruck e01 wird zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14c überführt (siehe Anlage 14a).

## Artikel 11

### Aufnahme der neuen Anlage 14d zum BMV-Z

Die Anlage 14d wird wie folgt neu aufgenommen:

#### **Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den eFormularen**

#### **Vereinbart zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband**

**In der Fassung vom [Datum der Unterzeichnung der Änderungsvereinbarung],  
Datum des Inkrafttretens: 01.01.2022**

Teil A der Anlage 14b gilt entsprechend auch für die eFormulare der Anlage 14d.

#### **Vorwort**

Im elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren ist es erforderlich, aus den übermittelten Daten „lesbare“ Dokumente gestalten zu können, die bei Bedarf z. B. an Gutachter, an Patienten oder an Rechtsanwälte/Gerichte weitergegeben oder im Falle von Störungen der Datenübertragung verwendet werden können. Damit die Dokumente ein bundesweit einheitliches Aussehen erhalten, entwickelt der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sog. Stylesheets. Dabei handelt es sich um vorprogrammierte Vorlagen, mit deren Hilfe aus den Antragsdaten „lesbare“, sog. eFormulare erzeugt werden. Der GKV-Spitzenverband stellt der KZBV und diese den KZVen und den Herstellern der Praxisverwaltungssysteme die Stylesheets im XSLT-Format kostenfrei zur Verfügung. Die nachfolgenden Ausfüllhinweise nehmen für die Erstellung der Antrags- und Mitteilungsdatensätze nach der Anlage 15 zum BMV-Z Bezug auf die mit den Stylesheets produzierten und in Anlage 14c BMV-Z abgebildeten Formulare. Die Erfassungsmaske zur Eingabe der Daten kann in Abhängigkeit des eingesetzten Praxisverwaltungssystems variieren.

#### **A. Erläuterungen und Ausfüllhinweise zur Erstellung elektronischer Anträge (eFormulare) aus dem vertragszahnärztlichen Bereich**

##### **eFormular 1 – Anzeige Kieferbruchbehandlung (Stand 01.01.2022)**

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.

[Abbildung eFormular derzeit nicht besetzt]

#### **Ausfüllhinweise:**

1. Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei einer Erstplanung im Anzeigedatensatz anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung handelt. Bei einer Therapieänderung ist eine neue Anzeige zu übermitteln und im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ anzugeben, dass es sich um die Änderung einer Anzeige handelt.
2. 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.
3. Im Feld „Ausstellungsdatum“ ist das Datum einzutragen, an dem die Planung erfolgte.
4. Im Feld „Unfallkennzeichen“ ist mit „ja“ oder „nein“ anzugeben, ob ein Unfall zugrunde liegt.
5. Im Feld „Unfall/Art der Verletzung“ sind Angaben zu Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie zur Art der Verletzung als Freitext zu machen.

6. 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.
7. Im Feld „Geplante Leistungen“ sind die geplanten Gebührennummern des BEMA und im Feld „Anzahl“ deren voraussichtliche Anzahl einzutragen.
8. 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.

<b>eFormular 2 – Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen (Stand 01.01.2022)</b>
---

[Abbildung eFormular derzeit nicht besetzt]

**Ausfüllhinweise:**

1. 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.
2. Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen.
3. Im Feld „Ausstellungsdatum“ ist das Datum einzutragen, an dem die Planung erfolgte.
4. Im Feld „Anamnese, Befund, Diagnose“ sind die Anamnese, die Befunde und die Diagnose als Freitext anzugeben.
5. Im Feld „Vorgesehene Behandlung“ sind als Freitext Angaben zur Behandlung zu machen, z. B. Behandlung mit Aufbissbehelfen.
6. 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.
7. 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.

<b>eFormular 3 - Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz (Stand 01.01.2022)</b>
---

[Abbildung eFormular derzeit nicht besetzt]

**Vorwort**

Die Ausfüllhinweise beziehen sich auf den nach der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Abs. 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz festgelegten Heil- und Kostenplan sowie auf die Vorgaben zur Datenübermittlung nach § 11 der Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach BEMA-Teil 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V.



## **Ausfüllhinweise**

### **Allgemeine Angaben**

1. 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.
2. Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen.
3. Im Feld „Ausstellungsdatum“ ist das Datum einzutragen, an dem die Planung erfolgte.
4. 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.
5. Im Feld „Herstellungsort“ ist 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.
6. Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist bei Änderung eines Antrags die Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans anzugeben.

### **Therapieschritte**

7. 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. Es sind maximal vier Therapieschritte planbar.

Im Feld „Anzahl Therapieschritte“ ist die Anzahl der insgesamt geplanten Therapieschritte anzugeben. Im Feld „Nummer Therapieschritt“ ist die laufende Nummer des Therapieschritts innerhalb der Gesamtplanung mit „1“ für den ersten, „2“ für den zweiten, „3“ für den dritten oder „4“ für den vierten Schritt anzugeben.

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.

### **Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan**

8. 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 zum 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 Freundsituation. 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 Gebührensnummern 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.

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.

### **Befunde für Festzuschüsse**

9. Im Abschnitt „Befunde für Festzuschüsse“ sind die für die jeweilige Versorgung erforderlichen Befund-Nrn. gemäß der Festzuschuss-Richtlinie anzugeben. Außerdem sind zu jeder Befund-Nr. die betreffenden Zähne und die Anzahl der den Festzuschuss auslösenden Befunde anzugeben.

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.

### **Kostenplanung**

10. 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 Versorgungsleistungen 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.

### Zuschusshöhe und Härtefall

11. Im Feld „Zuschusshöhe“ ist die voraussichtliche Zuschusshöhe auf Grund des vorgelegten Bonushefts bzw. der Informationen im PVS des Zahnarztes anzugeben: 60 %, 70 % oder 75 %.
12. Im Feld „Härtefall“ ist ein „Ja“ einzutragen, wenn nach Einschätzung des Zahnarztes ein Härtefall vorliegt.

### Anhang: Vereinbarte Befund-, Regelversorgungs- und Therapiekürzel

#### Befundkürzel

Kürzel	Erläuterung
a	Adhäsivbrücke (Anker)
ab	Adhäsivbrücke (Brückenglied)
abw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)
aw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)
b	Brückenglied
bw	erneuerungsbedürftiges Brückenglied
e	ersetzter Zahn
ew	ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f	fehlender Zahn
ix	zu entfernendes Implantat
k	klinisch intakte Krone
kw	erneuerungsbedürftige Krone
pw	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
pkw	erneuerungsbedürftige Teilkrone
r	Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn
rw	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
sb	implantatgetragenes Brückenglied
sbw	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied
se	ersetzter Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sew	ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sk	implantatgetragene intakte Krone

Kürzel	Erläuterung
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

#### Regelversorgungs- bzw. Therapiekürzel

Kürzel	Erläuterung
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
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	Teilkrone
PKM	Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PKV	Teilkrone mit vestibulärer Verblendung

Kürzel	Erläuterung
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
SK	implantatgetragene Krone
SKM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
SKMO	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
SKO	Implantatgetragene 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
T2	Sekundärteil einer Teleskopkrone
T2M	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
T2V	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
TV	Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung

**eFormular 4 - KFO-Behandlungsplan (Stand 01.01.2022)**

[Abbildung eFormular derzeit nicht besetzt]

**Ausfüllhinweise:**

1. Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei Erstplanung anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung des Behandlungsplans handelt.
2. Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen. Bei Krankenkassenwechsel wird der von der Vorkasse genehmigte Antragsdatensatz unverändert an die neue Krankenkasse übermittelt. Es wird dafür keine neue Antragsnummer vergeben.
3. Im Feld „Ausstellungsdatum“ ist das Datum einzutragen, an dem die Planung erfolgt.

4. Im Feld „Art des Behandlungsplans“ ist entweder „Behandlungsplan, Therapieänderung oder Verlängerungsantrag“ anzugeben.
5. Im Feld „Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel“ ist eine Angabe nur erforderlich, wenn der Versicherte die Krankenkasse oder den Zahnarzt wechselt. In diesem Fall ist der konkrete Wechsel anzugeben mit der Information, ob eine Neuplanung oder ein Einstieg in die Behandlung (Planübernahme) vorliegt.
6. Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist immer dann, wenn der Antrag Bezug auf einen früher gestellten Antrag nimmt, die ursprüngliche Antragsnummer anzugeben. Der Antrag bezieht sich auf einen früheren Antrag, wenn
  - im Feld „Art des Behandlungsplans“ eine Therapieänderung oder ein Verlängerungsantrag angegeben wird, oder
  - im Feld „Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel“ ein Behandlerwechsel (ggf. mit gleichzeitigem Kassenwechsel) mit Einstieg in die Behandlung (Planübernahme) angegeben wird.

Für kieferorthopädische Behandlungspläne (und Mitteilungen), die ursprünglich im Papierverfahren an die Krankenkasse übermittelt wurden, bleibt das Feld leer.

7. Im Feld „Unfall“ ist anzugeben, ob der Behandlung ein Unfall, eine Unfallfolge oder eine Berufskrankheit zugrunde liegt.
8. 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.
9. Im Feld „Verlängerung“ sind bei einem Verlängerungsantrag der Behandlungsbeginn, der Beginn der Verlängerung und die voraussichtliche Dauer anzugeben.
10. Im Feld „Krankenkassenwechsel“ sind bei Kassenwechsel des Versicherten das IK der vorherigen Krankenkasse und die Abschlagsnummer, bis zu der der Zahnarzt mit der Vorkasse abrechnet, anzugeben.
11. Im Feld „Quartal Behandlungseinstieg“ ist das Quartal anzugeben, ab dem der Einstieg in die Behandlung erfolgt. Dies ist nur zu übermitteln bei Behandlerwechsel mit Planübernahme und bei Krankenkassenwechsel und gleichzeitigem Behandlerwechsel mit Planübernahme.
12. 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 angebbbar.
13. Im Feld „Angaben zur Anamnese“ stehen Auswahllisten mit Einträgen zur Beschreibung der Anamnese zur Verfügung sowie ein zusätzliches Freitextfeld. Die Angaben zur Anamnese entfallen bei Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträgen.
14. Unter „Diagnose“ müssen je nach Diagnose Angaben in einem oder mehreren Feldern zum Oberkiefer, Unterkiefer oder zur Bisslage erfolgen.
15. Unter „Angaben zur Therapie“ müssen je nach Therapie Angaben in einem oder mehreren Feldern zum Oberkiefer, Unterkiefer oder Bisslage erfolgen.
16. Im Feld „Verwendete Geräte“ sind über Auswahllisten Angaben zu den geplanten KFO-Geräten erforderlich. Zusätzliche Erläuterungen können als Freitext angegeben werden.
17. Im Feld „Diagnostik und Behandlung“ werden die Gebührennummern nach BEMA, die Anzahl zur Gebührennummer, die Maßnahmen nach BEMA 119 und 120 sowie die sonstigen Leistungen angegeben.
18. Im Feld „Behandlungsdauer“ ist die voraussichtliche Dauer der Behandlung in Quartalen anzugeben.

19. Im Feld „Material- und Laborkosten“ ist der Eurobetrag der geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben.
20. Im Feld „Gesamtkosten“ ist der Eurobetrag der voraussichtlichen Gesamtkosten anzugeben.

## **Artikel 12**

### **Änderung der Anlage 15 zum BMV-Z**

**I. § 2 Sätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:**

<sup>1</sup>Grundvoraussetzungen 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). <sup>2</sup>Die KIM-Adresse des Vertragszahnarztes darf von der Krankenkasse nur zur Versendung von Antwortdatensätzen, technischen Empfangsbestätigungen oder Fehlermeldungen verwendet werden. <sup>3</sup>Der 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.

**II. § 2 Sätze 8 und 9 werden wie folgt gefasst:**

<sup>8</sup>Die Antragsdaten und Mitteilungsdaten werden vom Vertragszahnarzt mit dem öffentlichen Schlüssel der Krankenkasse verschlüsselt; die elektronischen Antrags- und Mitteilungsdatensätze sind grundsätzlich qualifiziert elektronisch mittels eHBA zu signieren. <sup>9</sup>Wenn 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.

**III. Die Protokollnotiz zu § 2 wird gestrichen.**

**IV. § 4 wird wie folgt gefasst:**

### **§ 4**

#### **Inhalte der Kopfdaten (Header)**

Der Vertragszahnarzt übermittelt zu jedem Antrag und zu jeder Mitteilung, die Krankenkasse zu jeder Antwort folgende Kopfdaten:

1. KIM-Adresse Vertragszahnarzt
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
3. Erstellungsdatum der Datei
4. Erstellungszeitpunkt der Datei
5. Verfahrenskennzeichen (zur Unterscheidung von Test- und Echtdaten)
6. Logische Version (Schlüssel-Nr. zur Feststellung, auf welcher Dokumentengrundlage der Datensatz beruht)
7. Nachrichtentyp (Schlüssel-Nr. zur Kennzeichnung der Art der Nachricht)
8. Aktenzeichen der Softwarehersteller (optional)
9. Softwarename und Version (optional)

**V. § 5 wird wie folgt gefasst:**

### **§ 5**

#### **Art und Inhalt der Stammdaten des Versicherten**

Der Vertragszahnarzt übermittelt zu jedem Antrag und zu jeder Mitteilung folgende Stammdaten des Versicherten:

1. Name der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers



2. Versichertennummer oder Ersatznummer\*
  3. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf der elektronischen Gesundheitskarte
  4. Titel, Name, Vorname, Namenszusatz, Vorsatzwort(e) des Versicherten
  5. Geburtsdatum des Versicherten
  6. Anschrift des Versicherten (Straßenname, Hausnummer<sup>1</sup>, alternativ: „Postfach“, Postfachnummer, Wohnsitzländercode, PLZ, Ort, alternativ: Items der „Postfachadresse“<sup>1,2</sup>)
- \*Eine Ersatznummer ist diejenige Nummer, die Krankenkassen neuen Versicherten für die Übergangszeit bis zum Vorliegen der eGK zuteilen. Die Ersatznummer ist dem Anspruchsnachweis der Krankenkasse zu entnehmen.*

VI. § 7 Ziffer 1 wird wie folgt neu gefasst:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Anzeige oder um die Änderung einer Anzeige handelt)

VII. § 7 Ziffer. 6 wird wie folgt gefasst:

6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume

VIII. § 8 Ziffer 6 wird wie folgt gefasst:

6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume

IX. § 9 Ziffer 1 wird wie folgt gefasst:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, dass es sich um einen Antrag handelt)

X. § 10 wird wie folgt neu gefasst:

## § 10

### **Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei systematischer Behandlung von Parodontopathien**

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, Antrag auf Verlängerung der UPT)
6. Bei Antrag auf Verlängerung der UPT oder einer sonstigen Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
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 (Knochenabbauindex, Diabetes, Rauchen)

<sup>1</sup> durch Leerzeichen getrennt

<sup>2</sup> nur zulässig, wenn keine Straßenadresse vorhanden

12. Zahnstatus (fehlender oder nicht erhaltungswürdiger Zahn, weitere Angaben optional)
13. Angaben zum Befund: Sondierungstiefen an allen vorhanden Zähnen an mindestens zwei Stellen in mm, Sondierungsblutung an allen vorhandenen Zähnen an mindestens zwei Stellen, Lockerungsgrade 0, 1, 2 oder 3 und der Grad des Furkationsbefalls 0, 1, 2 oder 3
14. Kennzeichen, an welchen Zähnen eine AIT durchgeführt werden soll
15. Bemerkungen
16. Geplante Leistungen (Gebührennummern einschließlich Anzahl)

XI. § 10a wird wie folgt hinter § 10 neu eingefügt:

#### **§ 10a**

##### **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 des Behandlungsplans
3. Ausstellungsdatum
4. Art des Behandlungsplans
5. Bei Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Begründung der modifizierten PAR-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V
7. Geplante Leistungen (Gebührennummern einschließlich Zahnangabe und Anzahl)

XII. § 11 wird wie folgt gefasst:

#### **§ 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
4. Art des Behandlungsplans (Heil- und Kostenplan oder Wiederherstellung/Erweiterung)
5. Bei Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Befund (B)
7. Regelversorgung (R)
8. Therapieplanung (TP)
9. Bemerkungen (bei Wiederherstellung: Art der Leistung) und ggf. zusätzliche Erläuterungen
10. Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit, Versorgungsleiden,
11. Weitere Angaben: Interimsversorgung, Immediatversorgung, unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone, Alter des ZE in Jahren, NEM
12. Befunde für Festzuschüsse: Befund-Nummern, Zahn/Gebiet, Anzahl
13. Gebührennummern BEMA und Anzahl
14. Bei GOZ-Leistungen:
  - a. Zahn/Gebiet
  - b. Gebührennummer GOZ
  - c. Leistungsbeschreibung
  - d. Anzahl
15. Zahnärztliches Honorar BEMA

16. Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)
  17. Geschätzte Material- und Laborkosten
  18. Geschätzte Behandlungskosten insgesamt
  19. Höhe der Festzuschüsse in Prozent anhand der Einträge im Bonusheft\*
  20. Kennzeichen für Härtefall (optional)
  21. Angaben zu Therapieschritten (Anzahl Therapieschritte insgesamt und lfd. Nr. des Therapieschritts)
  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.*

XIII. § 12 wird wie folgt gefasst:

## § 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 zum BMV-Z

13. Gebührennummern BEMA und Anzahl

PAR / Chirurgische Therapie (CPT)

14. Gebührennummer CPT a oder b und Zahnangabe

ZE / Verlängerung eines Heil- und Kostenplans

15. Verlängerung HKP

XIV. § 13 wird wie folgt gefasst:

### **§ 13**

#### **Aufbau der Antragsnummer**

<sup>1</sup>Für eine eindeutige Identifikation des Antrags fügt der Vertragszahnarzt dem Datensatz für den jeweiligen Leistungsantrag eine eindeutige Antragsnummer an. <sup>2</sup>Die eindeutige Antragsnummer hat den folgenden Aufbau:

1. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
2. Angabe des Antragsjahrs („20“ für 2020)
3. Angabe des Antragsmonats („01“ bis „12“)
4. Leistungsbereich, zweistellig
5. 15-stellige praxisinterne Nummer

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

XV. In § 17 wird die Überschrift wie folgt ergänzt:

### **§ 17**

#### **Testverfahren und Einführungsphase**

XVI. § 17 Satz 5 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>5</sup>Der Test mit echten Anträgen und Genehmigungen/Bewilligungen erfolgt erst, wenn KIM verwendet wird.

XVII. § 17 Satz 15 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>15</sup>Nach dem Start des flächendeckenden Echtbetriebs des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens kann in begründeten Fällen, insbesondere bei Programmierfehlern oder sonstigen technischen Störungen, in einer Einführungsphase von 12 Monaten auf das Papierverfahren (herkömmliche Formulare oder Stylesheets) zurückgegriffen werden.

XVIII. Nach § 17 „Testverfahren und Einführungsphase“ wird § 18 wie folgt neu eingefügt:

### **§ 18**

#### **Regelungen für Störfälle nach der Einführungsphase**

<sup>1</sup>Wenn nach der Einführungsphase die Datenübermittlung an die Krankenkasse zum Zeitpunkt der Ausstellung des Behandlungsplans technisch nicht möglich ist, übersendet der Vertragszahnarzt bei medizinisch sofort notwendigen Versorgung (insbesondere im Bereich Zahnersatz) einen mittels Stylesheet nach Anlage 14c zum BMV-Z erzeugten papiergebundenen unterschriebenen Ausdruck des Behandlungsplans an die Krankenkasse. <sup>2</sup>Die Datenübermittlung in elektronischer Form erfolgt, sobald dies wieder möglich ist.

XIX. Der bisherige § 18 wird zu § 19.

XX. Der bisherige § 19 wird zu § 20 und § 20 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

<sup>1</sup>Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2022 in Kraft und kann mit einer Frist von 6 Monaten jeweils zum 31.12. oder 30.06. eines jeden Jahres gekündigt werden.

## Artikel 13

### Änderung der Anlage 15b zum BMV-Z

- I. Ziffer 2.2 von Teil 1 wird wie folgt gefasst:

#### **2.2 Änderungen des Antrags / der Planung durch den Vertragszahnarzt**

Möchte der Vertragszahnarzt einen bereits genehmigten Antrag ändern, muss er bei der Krankenkasse einen Änderungsantrag einreichen.

Die Krankenkasse sendet bei Kiefergelenkerkrankungen, bei Parodontitis-Behandlung oder bei Zahnersatz-Behandlungen einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die beantragte Änderung genehmigt oder ablehnt. Bei Genehmigung sendet sie einen zusätzlichen Antwortdatensatz mit Endedatum für den ursprünglichen Antrag.

Für den Bereich KFO gilt:

Im Bereich KFO können Änderungsanträge nur bei geplanter Änderung der Therapie gestellt werden. Die Kasse sendet bei Anträgen auf Therapieänderung einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die beantragte Änderung genehmigt oder ablehnt. Es ist allerdings kein zusätzlicher Antwortdatensatz mit Endedatum für den ursprünglichen Antrag notwendig, weil eine Abrechnung von Leistungen für den ursprünglichen Plan bis zum Ende eines Quartals möglich sein muss. Die Gültigkeit des ursprünglichen KFO-Behandlungsplans bleibt noch bis zum Ende eines Quartals bestehen, und so lange bleiben beide Pläne offen.

- II. Ziffer 2.3 von Teil 1 der Anlage 15b wird wie folgt gefasst:

#### **2.3 Krankenkassenwechsel**

Wechselt der Patient während der Behandlung nach den BEMA-Teilen 2, 4 und 5 die Krankenkasse, rechnet der Zahnarzt die bis zum Kassenwechsel erbrachten Leistungen mit derjenigen Krankenkasse ab, welche die Genehmigung erteilt hat. Ein Ausgleich von Kosten ist Sache der Krankenkassen untereinander. Das Verfahren beim Wechsel der Krankenkasse während einer kieferorthopädischen Behandlung ist in Teil 2 dieses Dokuments beschrieben (Szenarien BEMA-Teil 3: Szenario 13).

- III. Das 2. Szenario „Therapieänderung“ der Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung (KFO) von Teil 2 der Anlage 15b wird wie folgt gefasst:

#### **2. Szenario: Therapieänderung**

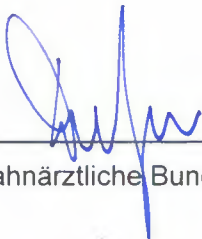
- Im Verlauf der Behandlung wird eine vom KFO-Behandlungsplan abweichende Therapie notwendig. Nach Erhebung eines Befunds nach 01k und ggf. Anfertigung weiterer diagnostischer Unterlagen erfolgt eine abweichende Therapieplanung.
- Der Zahnarzt erstellt einen neuen Antragsdatensatz als Therapieänderungsantrag (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt den Therapieänderungsantrag in ihr System.
- Die Krankenkasse genehmigt den neuen Antrag und sendet einen neuen Antwortdatensatz an die Praxis. Der ursprüngliche Antrag wird ergänzt oder erweitert. Die Gültigkeit des ursprünglichen KFO-Behandlungsplans bleibt bis zum Ende eines Quartals bestehen, und so lange bleiben beide Pläne offen. Ein zusätzlicher Antwortdatensatz mit Endedatum hinsichtlich des ursprünglichen Antrags ist nicht erforderlich (vergl. Teil 1 Ziffer 2.2 zu KFO).
- Das PVS informiert den Zahnarzt über den Antwortdatensatz, der von der PVS übernommen wird.

- IV. Im 3. Szenario „Verlängerungsantrag“ der Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung (KFO) von Teil 2 der Anlage 15b wird der letzte Punkt wie folgt gefasst:
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die eingetroffenen Daten und übernimmt sie in das Praxisverwaltungsprogramm.
- V. Das 13. Szenario „Krankenkassenwechsel“ der Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung (KFO) von Teil 2 der Anlage 15b wird wie folgt gefasst:
- 13. Szenario: Krankenkassenwechsel**
- Bei kieferorthopädischen Behandlungen wird die Zahnarztpraxis/das PVS mit einem Widerrufsdatensatz mit Enddatum über das Erlöschen des Leistungsanspruchs des Versicherten von der alten Krankenkasse unterrichtet.
  - Die Zahnarztpraxis/Das PVS übermittelt den von der alten Krankenkasse genehmigten Antragsdatensatz unter Angabe der alten Krankenkasse mit ursprünglicher Antragsnummer ergänzt um das Kennzeichen „Krankenkassenwechsel“ an die neue Krankenkasse.
  - Die neue Krankenkasse übernimmt die genehmigten Antragsdaten der alten Krankenkasse in ihr System.
  - Die neue Krankenkasse übermittelt einen neuen Antwortdatensatz mit Übernahmeerklärung und Beginndatum ihrer Leistungspflicht an die Zahnarztpraxis (Zahnarztpraxis).
- VI. Die Inhaltsübersicht sowie alle Szenarien von BEMA-Teil 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien werden gestrichen und wie folgt gefasst:
- Szenarien BEMA-Teil 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien**  
Derzeit nicht besetzt
- VII. Im 5. Szenario „Verlängerung des HKP“ von BEMA-Teil 5: Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (ZE) von Teil 2 der Anlage 15b wird der zweite Punkt wie folgt gefasst:
- Die Krankenkasse übernimmt den Mitteilungsdatensatz in ihr System.

#### Artikel 14

Diese Änderungsvereinbarung tritt am 01.01.2022 in Kraft.

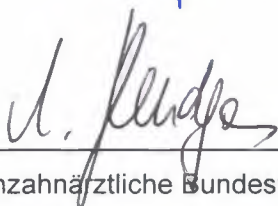
Köln, Berlin 21.12.2021



\_\_\_\_\_  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



\_\_\_\_\_  
GKV-Spitzenverband



\_\_\_\_\_  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung