

## Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung (KFO)

1. Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung
2. Therapieänderung
3. Verlängerungsantrag
4. Mitteilung an die Krankenkasse über zusätzlich erforderliche Leistungen
5. Mitteilung an die Krankenkasse über den unplanmäßigen Verlauf der Behandlung
6. Mitteilung an die Krankenkasse, dass die Behandlung abgeschlossen ist
7. Mitteilung an die Krankenkasse, dass die Behandlung abgebrochen wurde
8. Mitteilung an den Patienten, dass die beabsichtigte Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört (KIG-Einstufung < 3)
9. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1
10. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2 (Neuplanung)
11. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2 (Behandlerwechsel, Einstieg in die Behandlung)
12. Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte Pläne für denselben Patienten vor
13. Krankenkassenwechsel
14. Mitteilung an die Krankenkasse über die Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung

### 1. Standardszenario: Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung

- Nach Untersuchung nach 01k (KIG – Einstufung >2) und Erhebung der Diagnostik mit den diagnostischen Unterlagen (Befundmodelle, OPG, FRS, Fotos jeweils mit Auswertungen) stellt der Zahnarzt den KFO-Behandlungsplan auf, der mit den Eltern und Patienten besprochen wird. Nach einvernehmlicher Auffassung der Parteien muss der KFO-Plan (anders als bei ZE) nicht vom Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter unterschrieben werden. Vonseiten der KZBV wird vorgetragen, dass bisher der KFO-Plan ersatzweise den Eltern ausgehändigt werden könne, damit diese ihn bei ihrer Krankenkasse einreichen. Patient und Eltern erhalten bisher auf Wunsch ein Exemplar des Behandlungsplans für die eigenen Unterlagen.
- Der Zahnarzt erstellt einen Antragsdatensatz (KFO-Behandlungsplan).
- Der Antragsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz und erstellt den Antwortdatensatz.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die genehmigten Daten, die von der PVS unverändert übernommen werden.

## **2. Szenario: Therapieänderung**

- Im Verlauf der Behandlung wird eine vom KFO-Behandlungsplan abweichende Therapie notwendig. Nach Erhebung eines Befundes 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.

## **3. Szenario: Verlängerungsantrag**

- Ist nach Ablauf der 16 Quartale eine Verlängerung der Behandlung notwendig, wird nach Befunderhebung nach 01k und ggf. weiteren diagnostischen Unterlagen ein Verlängerungsplan erstellt.
- Die Zahnarztpraxis übermittelt einen neuen Antragsdatensatz mit neuer Antragsnummer und Verlängerungskennzeichen (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) als Verlängerungsantrag an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt den Verlängerungsantrag in ihr System.
- Die Krankenkasse prüft den neuen Antrag und erstellt einen neuen Antwortdatensatz.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die eingetroffenen Daten und übernimmt sie in das Praxisverwaltungsprogramm.

## **4. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse über zusätzlich erforderliche Leistungen**

- Werden Leistungen über das genehmigte Maß hinaus notwendig, die keine Therapieänderung oder Verlängerung sind, wie z. B. notwendige Reparaturleistungen, werden diese gegenüber der Krankenkasse bisher formlos angezeigt (kein Vordruck vereinbart). Dies geschieht bisher in der Regel auf dem Postweg oder per Fax.
- Die Zahnarztpraxis erstellt einen Mitteilungsdatensatz über zusätzlich erforderliche Leistungen (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer).
- Der Mitteilungsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse nimmt diese Leistungen zur Kenntnis und übernimmt die Angaben in ihr System.

**5. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse über den unplanmäßigen Verlauf der Behandlung**

- Die Zahnarztpraxis informiert die Krankenkasse, dass die kieferorthopädische Behandlung unplanmäßig verläuft.
- Die Zahnarztpraxis erstellt den Mitteilungsdatensatz mit der Angabe des Grundes für den unplanmäßigen Verlauf und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt die Angaben in ihr System.

*Die Krankenkasse setzt sich ggf. mit dem Versicherten in Verbindung und weist auf die Mitwirkungspflicht bei der Behandlung hin.*

**6. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse, dass die Behandlung abgeschlossen ist**

- Die Zahnarztpraxis informiert den Patienten, dass die kieferorthopädische Behandlung abgeschlossen ist.
- Die Zahnarztpraxis erstellt einen Mitteilungsdatensatz an die Krankenkasse, dass die kieferorthopädische Behandlung abgeschlossen ist.
- Der Mitteilungsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse nimmt den Mitteilungsdatensatz zur Kenntnis und übernimmt die Angaben in ihr System.

**7. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse, dass die Behandlung abgebrochen wurde**

- Die Zahnarztpraxis informiert die Krankenkasse, dass die kieferorthopädische Behandlung abgebrochen wird.
- Die Zahnarztpraxis erstellt den Mitteilungsdatensatz mit der Angabe des Grundes für den Abbruch und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt die Angaben in ihr System.

*Die Krankenkasse setzt sich ggf. mit dem Versicherten in Verbindung.*

**8. Szenario: Mitteilung an den Patienten, dass die beabsichtigte Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört (KIG-Einstufung < 3)**

- Die Zahnarztpraxis informiert den Patienten, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört.
- Die Zahnarztpraxis erstellt einen Mitteilungsdatensatz an die Krankenkasse, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört.
- Der Mitteilungsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse nimmt den Mitteilungsdatensatz zur Kenntnis und übernimmt die Angaben in ihr System.

**9. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1**

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für die Behandlung bei Zahnarzt 1.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab.
- Das PVS informiert Zahnarzt 2 über die Ablehnung mit entsprechender Begründung (Schlüsseltabelle) und stellt die Information in der PVS zur Verfügung.

**10. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2 (Neuplanung)**

- Zahnarzt 2 erstellt neuen Antragsdatensatz und übermittelt diesen für denselben Patienten an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 2.
- Die Krankenkasse vermerkt die Patientenentscheidung im Krankenkassensystem. Ein Widerrufdatensatz (Antragsnummer, Datum und Begründungskennzeichen (keine weiterführende Behandlung)) ist an Zahnarzt 1 zu übermitteln, da Zahnarzt 1 bereits ein genehmigter Plan vorliegt und Zahnarzt 1 ggf. schon erbrachte Teilleistungen abrechnen kann. Das PVS informiert Zahnarzt 1 über den Abbruch und übernimmt die Information in das PVS.
- Die Krankenkasse erstellt den Antwortdatensatz mit Genehmigungskennzeichen und übermittelt diesen an Zahnarzt 2.
- Das PVS informiert den Zahnarzt 2 über die Genehmigung, und die Daten werden in das PVS übernommen.

**11. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2 (Behandlerwechsel, Einstieg in die Behandlung)**

- Versicherter entscheidet sich die Behandlung bei Zahnarzt 1 nicht fortzuführen und wechselt bei laufender Behandlung zu Zahnarzt 2.
- Zahnarzt 2 erstellt einen neuen Antragsdatensatz (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) mit einem Kennzeichen „Behandlerwechsel Planübernahme“, unter Angabe der Abschlagsnummer (ab dem Abschlagsquartal, ab dem der Einstieg in die Behandlung erfolgt).
- Ein Widerrufdatensatz (Antragsnummer, Datum und Begründungskennzeichen (keine weiterführende Behandlung)) ist an Zahnarzt 1 zu übermitteln, da Zahnarzt 1 bereits ein genehmigter Plan vorliegt und Zahnarzt 1 ggf. schon erbrachte Teilleistungen abrechnen kann. Das PVS informiert Zahnarzt 1 über den Abbruch und übernimmt die Information in das PVS.
- Zahnarzt 2 erhält einen Antwortdatensatz.

**12. Szenario: Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte Pläne für denselben Patienten vor**

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 1.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 2.
- Die Krankenkasse genehmigt den Antrag von Zahnarzt 1 und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 1.
- Zahnarzt 1 wie auch Zahnarzt 2 werden von ihrem jeweiligen PVS über die Genehmigung bzw. Ablehnung informiert, und dies wird jeweils in dem PVS gespeichert.

**13. Szenario: Krankenkassenwechsel**

- Bei kieferorthopädischen Behandlungen wird die Zahnarztpraxis/das PVS mit einem Widerrufdatensatz mit Endedatum 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).

**14. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse über die Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung**

- Die Zahnarztpraxis übermittelt als Mitteilung die ursprüngliche Antragsnummer (ohne Inhalt des Antragsdatensatzes) zusätzlich versehen mit einem Begründungskennzeichen für die Wiederaufnahme der kieferorthopädischen Behandlung an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt die Angaben aus der Mitteilung in ihr System.
- Die Krankenkasse prüft die Wiederaufnahme und erstellt einen Antwortdatensatz.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die Daten, die von dem PVS übernommen werden.