

MITTEILUNGSBLATT DER SAARLÄNDISCHEN ZAHNÄRZTE

Herausgegeben von den zahnärztlichen Standesorganisationen
Puccinistraße 2 - 66119 Saarbrücken - Haus der Zahnärzte - Telefon: (0681) 58 60 8-0
Postanschrift: Postfach 10 16 61 - 66016 Saarbrücken
✉ service@kzv-saarland.de
✉ mail@zaek-saar.de

Nr. 04/2024 vom 11. April 2024

INHALTSANGABE

A. Allgemeiner Teil

1. Nationales Präventionsprojekt zur Früherkennung von Tumoren der Mundhöhle.....2

C. Mitteilungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Saarland

1. Änderungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte (BMV-Z) | Informationen zu KFO, PAR und ZE 3
2. ZANR | Handhabung bei Überweisungsfällen..... 7
3. BSG-Urteil vom 06.03.2024 | Honorarkürzung bei TI-Nichtanbindung ist rechters 7
4. Verwaltungskostenbeitrag der KZVS | Informationen zur Erhebung des Festbeitrags 8
5. Außerordentlicher Notdienst 8



Zeigen Sie Zähne gegen diese Politik
und unterstützen Sie uns mit Ihrer Stimme:

zaehnezeigen.info

ZÄHNE ZEIGEN.

A. Allgemeiner Teil

1. Nationales Präventionsprojekt zur Früherkennung von Tumoren der Mundhöhle

Die Projektgruppe des nationalen Präventionsprojektes zur Früherkennung von Tumoren der Mundhöhle stellt weitere Medien im Rahmen des sechsmonatigen Fortbildungskonzeptes zur Verfügung. Diese sind bis Ende Juli kostenlos nutzbar.

Alle Medien können Sie unter folgendem Link frei zugänglich zeit- und ortsunabhängig nutzen:

www.mundkrebs-praevention.de

Dieser Link bleibt über den gesamten Zeitraum aktiv und ändert sich nicht. **Ab sofort** stehen folgende weitere Medien zur Verfügung:

- Vortrag *on demand* von Herrn Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel „Von der Vorläuferläsion zum Mundhöhlenkarzinom - Einfache und sichere klinische Diagnostik“
- Poster zu Risikoläsionen in der zahnärztlichen Praxis (als PDF-Version frei skalierbar herunterladbar)

Diese **Medien** stehen Ihnen nach wie vor zur Verfügung:

- Film und Poster zur Mundschleimhautuntersuchung

Im **Juni** freuen wir uns, dass **Frau Prof. Dr. Dr. Rau** und Herr **Prof. Dr. Dr. Reichert** das Thema in zwei weiteren Vorträgen *on demand* für Sie beleuchten werden.

Fortbildungspunkte:

Ab Juni können Sie über eine Lernerfolgskontrolle in Form eines Quiz 3 Fortbildungspunkte erwerben.

Für Fragen und Anregungen steht Ihnen die Projektkoordination des Nationalen Präventionsprojektes gerne zur Verfügung.

Dr. Sarah Habig
habig@mkg.uni-kiel.de

Rieke Scharbrodt
rieke.scharbrodt@uksh.de

Kostenloses
Fortbildungsprogramm
zur Früherkennung
von Mundkrebs

Nationales
Präventionsprojekt

QR Code

UK SH DOZIMK MKG MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE CAU Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

C. Mitteilungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Saarland

1. Änderungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte (BMV-Z) | Informationen zu KFO, PAR und ZE

Zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband wurden verschiedene Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte (BMV-Z) aktualisiert bzw. neu getroffen. Die Regelungen betreffen insbesondere die Leistungsbereiche KFO, PAR und ZE.

 Sie finden die 46. Änderungsvereinbarung unter

<https://www.kzbv.de/bundesmantelvertrag.1223.de.html>

KFO

Vorbereitende Maßnahmen gemäß BEMA-Nr. 7a, die digital erfolgen

Ziff. 4.3.4 der Anlage 1 zum BMV-Z

Die digitale Abformung ist seit dem 3. Quartal 2023 (Abrechnungsmodul 6.0) möglich. Die Behandler haben dies auch schon umgesetzt und rechnen den Mehraufwand im Zusammenhang mit der BEMA-Nr. 7aD entsprechend Mehrkostenvereinbarung ab. Durch den digitalen Scan und digitale Modellherstellung sind keine Material- und Laborkosten zu Lasten der Kostenträger abrechenbar, sondern ebenfalls über Mehrkosten abzurechnen. Lediglich eine Auswertung nach BEMA-Nr. 117 kann über den Kostenträger abgerechnet werden.

KFO-Therapieänderung

Ziff. 4.3.5 der Anlage 1 zum BMV-Z; § 1 Abs. 6 der Anlage 4 zum BMV-Z

Bei einem KFO-Therapieänderungsantrag sind alle Maßnahmen anzugeben, die ab der Genehmigung des Antrags vorgenommen werden sollen, d.h. Restabschläge, Material- und Laborkosten (und nicht nur, wie im Papierverfahren bisher üblich, die geänderten Maßnahmen). Eine Abrechnung von Leistungen für den ursprünglichen Plan ist bis zum Ende eines Quartals möglich. Die Gültigkeit des ursprünglichen KFO-Behandlungsplans bleibt noch bis zum Ende eines Quartals bestehen, und so lange bleiben beide Pläne offen.

Danach wird der ursprüngliche Behandlungsplan durch die Therapieänderung ersetzt. Die Leistungen nach BEMA-Nrn. 119/120 können im laufenden Quartal nur einmal erbracht werden, entweder über den laufenden Behandlungsplan oder ab dem Therapieänderungsplan.

 Die Handhabung der Therapie-Änderung ist auch unter dem **Szenario 2** der „EBZ-Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung“ dargestellt. Diese EBZ-Szenarien sind diesem MSZ als **Anlage** beigelegt. Sie finden sie auch auf der Homepage der KZVS:

<https://www.kzv-saarland.de/praxen/abrechnung/kfo-bema>

- i** Im Falle der Therapie-Änderung nutzen Sie bitte das **eFormular 4a** „KfO-Behandlungsplan“. Die Muster-Ansichten der eFormulare (Anlage 14c „Elektronische Formulare“ des Bundesmantelvertrags) finden Sie hier:

<https://www.kzbv.de/bundesmantelvertrag.1223.de.html>

KFO-Nachantrag

Hinweis: Ein Nachantrag stellt keine Therapieänderung dar. Wird jedoch der falsche Datensatz „Therapieänderung“ ausgewählt, ist der zuvor genehmigte Behandlungsplan beendet. Es werden lediglich Leistungen, die den ursprünglichen Behandlungsplan überschreiten, dem Kostenträger, papierlos, per EBZ mitgeteilt.

- i** Die Handhabung des KFO-Nachantrags ist auch unter dem **Szenario 4** der „EBZ-Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung“ dargestellt.
- i** Dies sollte mittels **eFormular MIT 6** „Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – zusätzlich erforderliche Leistungen“ zeitnah erfolgen, d.h. im selben Quartal, in dem die Leistungen erbracht wurden. Ansonsten kann es zu einer Honorarkürzung auf Antrag des Kostenträgers kommen.

Vertragszahnarztwechsel

Ziff. 4.3.6 der Anlage 1 zum BMV-Z; § 1 Abs. 4 der Anlage 4 zum BMV-Z

Als Reminder möchten wir hinsichtlich des Vertragszahnarztwechsels auf **Szenario 11** der „EBZ-Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung“ hinweisen.

Krankenkassenwechsel

§ 1 Abs. 5 der Anlage 4 zum BMV-Z

Ebenfalls als Reminder möchten wir hinsichtlich des Krankenkassenwechsels auf **Szenario 13** der „EBZ-Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung“ hinweisen.

PAR

Verlängerung von UPT-Maßnahmen über den Zweijahreszeitraum hinaus

Ziff. 5.2.1 der Anlage 1 zum BMV-Z; § 1 Abs. 4 der Anlage 5 zum BMV-Z

Der Verlängerungsantrag ist vom Vertragszahnarzt möglichst zeitnah nach Erbringung der letzten UPT-Leistung bei der Krankenkasse zu stellen. Der Verlängerungszeitraum beginnt mit dem Tag der Kostenübernahmeerklärung, frühestens jedoch am Tag nach Ablauf der zweijährigen UPT-Phase. Die Bestimmungen über die zeitlichen Mindestabstände zwischen den einzelnen UPT-Maßnahmen gemäß § 13 der PAR-Richtlinie und gemäß der BEMA-Nrn. UPTa-g

sind über den zweijährigen UPT-Zeitraum hinaus bis zum Ende des Verlängerungszeitraums zu beachten.

- ❶ Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden, sind mit dem Buchstaben „V“ zu kennzeichnen.
- ❶ Für den Verlängerungsantrag nutzen Sie bitte das **eFormular 5d** „Antrag auf Verlängerung der UPT“.

Abrechnung chirurgische Parodontitistherapie (CPT) bei Überweisung

Ziff. 5.3 der Anlage 1 zum BMV-Z; § 1 Abs. 3 der Anlage 5 zum BMV-Z

Die Mitteilung über eine chirurgische Therapie (CPT) hat im zeitlichen Zusammenhang mit der Durchführung der CPT bzw. mit der Überweisung zur CPT zu erfolgen. Im Falle einer Überweisung des Versicherten zur Durchführung einer CPT an einen anderen Vertragszahnarzt ist diese von der Praxis, die die systematische PAR-Behandlung durchführt, der Krankenkasse zur Kenntnis zu geben. Zusätzlich sind der überweisungsannehmenden Praxis oder dem Versicherten alle notwendigen Unterlagen auszuhändigen. Die Überweisung erfolgt schriftlich.

- ❶ In Fällen, in denen der Versicherte zur Durchführung der CPT an eine andere Praxis überwiesen wird, rechnet der die chirurgische Parodontitistherapie durchführende Vertragszahnarzt die erbrachten Leistungen nach den BEMA-Nrn. CPT a und CPT b ab.
- ❶ Bei der Abrechnung ist zusätzlich die Zahnarztnummer der überweisenden Praxis anzugeben.
- ❶ Die erneute Abrechnung der BEMA-Nr. BEV durch die überweisungsannehmende Praxis ist ausgeschlossen.

Vertragszahnarztwechsel

Ziff. 5.2.2 der Anlage 1 zum BMV-Z; § 1 Abs. 5 der Anlage 5 zum BMV-Z

Wechselt der Versicherte während einer laufenden PAR-Behandlungsstrecke den Vertragszahnarzt, ist vom neuen Vertragszahnarzt entweder ein Antrag mit Neuplanung (Neuaufnahme des Behandlungsfalls) zu stellen oder eine Planübernahme (Einstieg in die laufende Behandlung) auf Grundlage des der Krankenkasse bereits vorliegenden Behandlungsplans des vorherigen Vertragszahnarztes zu beantragen. Der Vorbehandler rechnet dabei alle parodontologischen Leistungen ab, die bis zum Zeitpunkt des Wechsels erbracht worden sind. Zudem stellt er dem „neuen“ Zahnarzt auf Anforderung die benötigten Unterlagen zur Verfügung. Nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit muss eine Neuplanung aus Sicht der KZVS eine Ausnahme bleiben.

Übernimmt der neue Behandler die laufende Behandlung, erstellt er via EBZ einen eigenen Antrag mit Verweis auf die Antragsnummer des zuletzt genehmigten Antrags unter Angabe der Daten zum Versicherten, zur Krankenkasse und zur Praxis sowie der Angabe des Zeichens „Einstieg in die Behandlung“ und derjenigen Leistungen, die ab dem Einstieg in die Behandlung erbracht werden.

Die Krankenkasse informiert den neuen Behandler über die Genehmigung des Einstiegs in die Behandlung durch Zusendung eines entsprechenden Antwortdatensatzes mit Genehmigungsvermerk. Eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet nicht statt.

Erfolgt der Einstieg erst nach Durchführung der Befundevaluation (BEV), kann die BEV nicht erneut abgerechnet werden.

Krankenkassenwechsel

§ 1 Abs. 6 der Anlage 5 zum BMV-Z

Wechselt der Versicherte während der Behandlung die Krankenkasse, informiert die vorherige Krankenkasse den Zahnarzt über den Zeitpunkt des Erlöschens des Leistungsanspruchs des Versicherten (Antwortdatensatz mit Verarbeitungskennzeichen „Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs“).

Die Praxis übermittelt den von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten PAR-Status bzw. den Antrag auf Verlängerung der UPT unverzüglich an die neue Krankenkasse, außerdem das Institutionskennzeichen der vorherigen Krankenkasse, das Kennzeichen „Krankenkassenwechsel“ und die beantragten Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden. Der neuen Krankenkasse wird auch die zuletzt erbrachte UPT (nicht UPT-Leistung) nach ihrer Ordnungszahl in der Abfolge der erbrachten UPT mitgeteilt.

Die neue Krankenkasse teilt der Praxis die Kostenübernahme mittels Antwortdatensatz mit. Eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet nicht statt. Die laufende Behandlung muss nicht unterbrochen werden.

ZE

Nachträgliche Änderungen des Befunds oder der tatsächlich geplanten Versorgung

§ 1 Abs. 6 der Anlage 6 zum BMV-Z

Bei nachträglichen Änderungen des Befunds oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Krankenkasse ein neuer HKP als Änderungsantrag mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer zur Neufestsetzung des Zuschusses zu übermitteln. Die Krankenkasse meldet der Praxis, ob sie den Änderungsantrag genehmigt oder ablehnt. Im Falle einer Zustimmung widerruft sie die Genehmigung für den ursprünglichen Antrag.

Vertragszahnarztwechsel

§ 1 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z

Im Fall eines Behandlerwechsels während der laufenden Behandlung ist vom neuen Vertragszahnarzt grundsätzlich ein Antrag mit Neuplanung (Neuaufnahme des Behandlungsfalls) zu stellen.

Krankenkassenwechsel

§ 1 Abs. 5 der Anlage 6 zum BMV-Z

Wechselt der Versicherte während der Behandlung die Krankenkasse, informiert die Krankenkasse die Praxis über den Zeitpunkt des Erlöschens des Leistungsanspruchs (Antwortdatensatz mit Verarbeitungskennzeichen „Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs“). Der ursprünglich genehmigte HKP muss mit allen notwendigen Daten wie beispielsweise dem Institutionskennzeichen und dem Kennzeichen „Kassenwechsel“ der neuen Krankenkasse unverzüglich übermittelt werden. Die Praxis erhält einen Antwortdatensatz mit der Entscheidung der neuen Krankenkasse. Eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet nicht statt.

2. ZANR | Handhabung bei Überweisungsfällen

Bei der Abrechnung der Leistungen für Patienten, die von einer anderen (Zahn-)Arztpraxis an Sie überwiesen wurden, erfolgt die Angabe der ZANR des Überweisers im Feld 25.

Zur Abrechnung der chirurgischen Parodontitistherapie (CPT) bei Überweisung verweisen wir auf die entsprechenden Informationen unter Nr. C.1 dieser MSZ-Ausgabe.

Für die Erstellung von Überweisungen gelten folgende Bestimmungen (gemäß Nr. 2.3 der Anlage 1 zum BMV-Z):

- ❗ Überweisungen erfolgen auf dem Arzneverordnungsblatt. Die Überweisung muss die in Anlage 14b BMV-Z vorgegebenen Angaben zum Personalienfeld (dies beinhaltet auch die Angabe der Zahnarzt Nummer!) sowie zum Grund der Überweisung enthalten. Die Überweisung ist mit Unterschrift und Stempel des Vertragszahnarztes zu versehen. Überweisungen können unter Beachtung dieser Angaben individuell mittels EDV gestaltet werden (dies ist wichtig, da mittlerweile ja das E-Rezept der verpflichtende Standard ist).

3. BSG-Urteil vom 06.03.2024 | Honorarkürzung bei TI-Nichtanbindung ist rechens

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 06.03.2024 entschieden, dass die gesetzlich vorgesehenen Honorarkürzungen wegen der Nichtanbindung an die Telematik-Infrastruktur (TI) rechens sind. Nach Feststellung des Gerichtes handelt es sich bei der Verpflichtung zur Anbindung an die TI um keinen unverhältnismäßigen Eingriff in die ärztliche Berufsfreiheit.

Die Verpflichtung der Klägerin zur Durchführung des Versichertenstammdatenabgleichs dient demnach dem legitimen Zweck, Leistungsmissbrauch durch die Identifizierung ungültiger, verlorener oder gestohlen gemeldeter elektronischer Gesundheitskarten zu verhindern, und ist verhältnismäßig. Auch die mit der Nichtbefolgung der Verpflichtung verknüpfte Honorarkürzung stellt keinen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit dar.

4. Verwaltungskostenbeitrag der KZVS | Informationen zur Erhebung des Festbeitrags

Die bei einem Vertragszahnarzt oder einem MVZ angestellten Zahnärzte sind dann Mitglied der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Saarland, wenn ihr wöchentlicher Beschäftigungsumfang mindestens zehn Stunden beträgt (§ 3 der Satzung der KZVS).

Als Verwaltungskostensatz gilt neben dem prozentualen Satz ein monatlicher Festbeitrag in Höhe von 40 Euro. Dieser Festbeitrag ist von allen angestellten Zahnärzten zu entrichten, die Mitglied der KZVS sind – die also mit einem Beschäftigungsumfang von mindestens zehn Stunden angestellt sind.

Für zugelassene Vertragszahnärzte gilt der Festbeitrag unabhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrags.

5. Außerordentlicher Notdienst

Aufgrund einer vorgesehenen landesweiten Fortbildungsveranstaltung wurde für den 18. Juni, den 28. Juni sowie den 16. August jeweils ein ganztägiger Notfalldienst eingerichtet. So soll sichergestellt werden, dass möglichst viele Kolleginnen und Kollegen an dieser Fortbildungsveranstaltung teilnehmen können. Bezüglich des genauen Termins und der inhaltlichen Gestaltung laufen noch die notwendigen Vorbereitungen. Hierüber werden Sie zu einem späteren Zeitpunkt noch informiert. Natürlich steht es jeder Praxis frei, trotz des eingeteilten Notdienstes die Praxis regulär zu öffnen.

Anlage zum MSZ Nr. 04/2024:

- EBZ-Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung

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.