

## **Anlage 14d**

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

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

**In der Fassung vom 19.02.2024, Datum des Inkrafttretens: 20.02.2024**

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. Bei Nutzung der per Stylesheet ausgedruckten eFormulare zu einem der genannten Zwecke sind die Formulare je nach Bedarf soweit erforderlich ggf. manuell zu befüllen (z. B. Datum, Unterschrift, Stempeldaten, Genehmigungsvermerke der Krankenkasse).

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

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

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

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

**Behandlungsplan für**

**Kiefergelenkserkrankung**

**Kieferbruch**

**①** Angaben über Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch) **②** Unfall  ja  nein  
**Anamnese/Befunde/Diagnose** (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**③** Vorgesehene Behandlung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**④** Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**⑤** Geplante Leistungen

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

Entscheidung der Krankenkasse  nicht genehmigt  genehmigt  
(nur bei Kiefergelenkserkrankung) (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**⑥** Antragsnummer Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		<b>⑦</b>
Verarbeitungskennzeichen		
Aktenzeichen PVS		
Seite <span style="float: right;">logische Version</span>		

**① Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung**

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

**② Unfall**

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

**③ Vorgesehene Behandlung**

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

**④ Stationäre Behandlung**

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

**⑤ Geplante Leistungen**

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

**⑥ Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]**

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

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

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

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

**⑦ Datum, Unterschrift, Stempel**

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

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

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

**Behandlungsplan für**

**Kiefergelenkserkrankung**

**Kieferbruch**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2** **Vorgesehene Behandlung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3** **Stationäre Behandlung** Voraussichtliche Dauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
**Krankenhaus:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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


Entscheidung der Krankenkasse (nur bei Kiefergelenkserkrankung)  nicht genehmigt (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)  genehmigt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		<b>6</b>
Verarbeitungskennzeichen		
Aktenzeichen PVS		
Seite		
logische Version		

**1 Anamnese/Befunde/Diagnose**

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

## ② Vorgesehene Behandlung

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

## ③ Stationäre Behandlung

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

## ④ Geplante Leistungen

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

## ⑤ Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]

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

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

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

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

## ⑥ Datum, Unterschrift, Stempel

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



## ① Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

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

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

Bei der Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne für die Befundklasse 2 zählt ein Lückenschluss nicht als fehlender Zahn und hat keine Auswirkung auf das Vorliegen einer 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 Verblendschüsse nach den Nrn. 1.3 und 2.7. So ist beispielsweise ein Verblendschuss ansetzbar, wenn ein unterer zweiter Prämolare an der Stelle eines fehlenden ersten Prämolaren steht.

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

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

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

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

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

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

### **Gleich- und andersartige Leistungen**

#### Zahnärztliche Leistungen:

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

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

Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Zahnersatz-Leistungen hinzukommen. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Absatz 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

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

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

#### Zahntechnische Leistungen:

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

### ② **Bemerkungen und weitere Angaben**

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

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

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

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

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

### ③ **Befunde für Festzuschüsse**

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

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

### ④ **Kostenplanung**

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

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

Der Abschnitt „GOZ“ ist nur bei gleich- oder andersartigen 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.

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

#### **⑤ Voraussichtliche Zuschusshöhe/Härtefall**

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

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

#### **⑥ Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]**

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

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

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

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

#### **Besonderheiten bei der Planung von Therapieschritten:**

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

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

Bei jedem Einzelantrag ist der Befund des Gesamtgebisses anzugeben. Angaben zur Therapieplanung erfolgen lediglich für die Zähne, die mit dem betreffenden Therapieschritt versorgt werden sollen. Die Gesamtplanung muss sich aus der Summe der einzelnen Therapieschritte

ergeben. Entsprechendes gilt für die beantragten Festzuschussbefunde: Bei jedem Einzelantrag sind im Datenfeld „Befunde für Festzuschüsse“ diejenigen Befund-Nrn. anzugeben, die für den geplanten Therapieschritt angesetzt werden können. Ein Antrag ohne Angabe einer Befund-Nr. ist nicht zulässig.

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

### **⑦ Erklärung des Versicherten / Stempel des Zahnarztes**

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

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

**eFormular 4a – KFO-Behandlungsplan (Stand 01.10.2023)**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Abrechnung-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p><input type="checkbox"/> <b>1 KFO-Behandlungsplan</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>2 KFO-Therapieänderung</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>3 KFO-Verlängerungsantrag</b></p> <p style="font-size: small;">Behandlungsbeginn Quartal: _____ Beginn der Verlängerung Quartal: _____ Voraussichtliche Dauer Quartale: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4 KIG-Einstufung</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>2</b> Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung)</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Neuplanung</p> <p><input type="checkbox"/> Kassenwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4</b> Unfall</p>																																																																												
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																																										
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																																								
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																																								
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																																																																								
<p><b>5 Anamnese</b></p> <p>_____</p>																																																																																										
<p><b>6 Diagnose</b></p> <p>OK _____</p> <p>UK _____</p> <p>Bisslage _____</p>																																																																																										
<p><b>7 Therapie</b> Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/> Erwachsenenbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>OK _____</p> <p>UK _____</p> <p>Bisslage _____</p>																																																																																										
<p><b>8 Verwend. Geräte</b></p> <p>_____</p>																																																																																										
<p><b>9 Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen</b> (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th>Ä 925 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>Ä 928</th><th>Ä 934 a</th><th>b</th><th>Ä 935 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>5</th><th>7 a</th><th>12</th><th>116</th><th></th> </tr> <tr> <td>117</td><td>118</td><td>126 a</td><td>b</td><td>d</td><td>127 a</td><td>b</td><td>128 a</td><td>b</td><td>c</td><td>130</td><td>131 a</td><td>b</td><td>c</td><td></td><td></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th></th><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>III-Z</th><th>Summe</th><th>Schlüssel</th><th>Sonstige Leistungen:</th><th>Geb.-Nr.</th><th>Anz.</th><th>Geschätzte Material u. Laborkosten EUR</th><th>voraussichtl. Gesamtkosten EUR</th> </tr> <tr> <td>OK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>UK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116		117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c				I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel	Sonstige Leistungen:	Geb.-Nr.	Anz.	Geschätzte Material u. Laborkosten EUR	voraussichtl. Gesamtkosten EUR	OK 119														UK 119														120													
Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116																																																																												
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c																																																																													
	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel	Sonstige Leistungen:	Geb.-Nr.	Anz.	Geschätzte Material u. Laborkosten EUR	voraussichtl. Gesamtkosten EUR																																																																													
OK 119																																																																																										
UK 119																																																																																										
120																																																																																										
<p><b>10</b> Antragsnummer _____</p> <p>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan _____</p> <p>Verarbeitungskennzeichen _____</p> <p>Kassenwechsel voriges IK _____ Abschlagsnummer _____ Akt.-Z. PVS _____</p> <p>Behandlerwechsel ab Quartal _____</p>	<p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse _____</p>	<p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes <b>11</b> _____</p>																																																																																								
<p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b></p> <p style="font-size: x-small;">Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: _____ % Anspruch besteht ab Quartal _____</p>																																																																																										

**1 Art des Behandlungsplans**

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

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

## ② Zahnarztwechsel/Kassenwechsel

In der Gruppe „Zahnarztwechsel/Kassenwechsel“ ist eine Angabe nur erforderlich, wenn der Versicherte den Zahnarzt oder die Krankenkasse wechselt. Bei einem Zahnarztwechsel ist anzugeben, ob eine Neuplanung oder ein Einstieg in die Behandlung (Planübernahme) vorliegt.

## ③ KIG-Einstufung

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

## ④ Unfall

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

## ⑤ Anamnese

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

## ⑥ Diagnose

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

## ⑦ Therapie

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

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

## ⑧ Verwendete Geräte

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

## ⑨ Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **⑪ Datum, Unterschrift, Stempel**

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

**eFormular 5a – Parodontalstatus Blatt 1 (Stand 01.10.2023)**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Abrechnungs-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p style="text-align: center;"><b>PARODONTALSTATUS Blatt 1</b></p> <p>① vom _____</p> <p>②</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Antragsnummer</td></tr> <tr><td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr> <tr><td>Verarbeitungskennzeichen</td></tr> <tr><td>Art des Behandlungsplans</td></tr> <tr><td>Aktenzeichen PVS <span style="float: right;">logische Version</span></td></tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Aktenzeichen PVS <span style="float: right;">logische Version</span>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																					
Name, Vorname des Versicherten																					
		geb. am																			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																			
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																			
Antragsnummer																					
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																					
Verarbeitungskennzeichen																					
Art des Behandlungsplans																					
Aktenzeichen PVS <span style="float: right;">logische Version</span>																					
<p>③ <b>Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese</b></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus    <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> Tabakkonsum</p>	<p>④ <b>Spezielle Vorgeschichte</b></p> <p>Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____</p>																				
<p>⑤ <b>Diagnose</b>    <input type="checkbox"/> Parodontitis    <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen</p> <p><input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen</p>																					
<p>⑥ <b>Stadium</b> (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th><input type="checkbox"/> Stadium I</th> <th><input type="checkbox"/> Stadium II</th> <th><input type="checkbox"/> Stadium III</th> <th><input type="checkbox"/> Stadium IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td><input type="checkbox"/> &lt; 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td><input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> &gt; 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)</td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne</td> <td><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </tbody> </table>			<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)		<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																	
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)		<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)																	
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																	
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																	
<p>⑦ <b>Ausmaß/Verteilung</b> (für das höchste Stadium)</p> <p><input type="checkbox"/> Lokalisiert (&lt; 30 % der Zähne)    <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne)    <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster</p>																					
<p>⑧ <b>Grad</b> (Progression)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th><input type="checkbox"/> Grad A</th> <th><input type="checkbox"/> Grad B</th> <th><input type="checkbox"/> Grad C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td><input type="checkbox"/> &lt; 0,25</td> <td><input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0</td> <td><input type="checkbox"/> &gt; 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> HbA 1c &lt; 7,0 %</td> <td><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td><input type="checkbox"/> &lt; 10 Zig./Tag</td> <td><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </tbody> </table>			<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag				
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																		
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																		
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																		
<p>③ <b>Fortsetzung Anamnese Sonstiges</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b> Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/></p> <p><b>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>																				

① **Parodontalstatus vom \_\_\_\_\_**

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

② **Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]**

Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen.

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

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

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

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

### ③ Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese

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

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

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

### ④ Spezielle Vorgeschichte

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

### ⑤ Diagnose

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

Die zutreffende Diagnose ist anzukreuzen.

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

### ⑥ Stadium (Schweregrad der Erkrankung)

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

Beim Ausfüllen der Datenfelder in der Tabelle ist zu beachten:

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

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

#### Ermittlung der Schwere:

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

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

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

#### **Komplexität:**

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

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

#### **⑦ Ausmaß/Verteilung**

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

#### **⑧ Grad (Progression)**

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

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





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

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

### ③ **Antiinfektiöse Therapie (AIT)**

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

### ④ **Furkationsbefall (FB)**

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

Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar

Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar

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

Grad III = durchgängig sondierbar

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

### ⑤ **Angaben im Kasten „Zahnschema“**

#### **Sondierungstiefen**

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

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

#### **Sondierungsblutung**

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

#### **Zahnlockerung**

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

Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit

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

Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)

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

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

**⑥ Bemerkungen**

Im Feld „Bemerkungen“ kann z. B. angegeben werden, ob Zähne richtlinienüberschreitend (Knochenabbau > 75 % oder Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen von Lockerungsgrad III) auf Wunsch des Versicherten außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung therapiert werden. In diesem Fall sind auch die betroffenen Zähne anzugeben.

**⑦ Geplante Leistungen**

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

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

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

**⑧ Datum, Unterschrift, Stempel**

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

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

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

  

**② Begründung**

Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene

Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit

Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen

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

**③ Folgende Leistungen werden angezeigt:**

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

  

<p><b>④</b> Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<p><b>⑤</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: small;">Antragsnummer</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Art des Behandlungsplans</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Aktenzeichen PVS <span style="float: right; font-size: x-small;">logische Version</span></td> </tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Aktenzeichen PVS <span style="float: right; font-size: x-small;">logische Version</span>
Antragsnummer						
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan						
Verarbeitungskennzeichen						
Art des Behandlungsplans						
Aktenzeichen PVS <span style="float: right; font-size: x-small;">logische Version</span>						

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

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

Behandlung ist nicht genehmigungspflichtig, sie muss aber der Krankenkasse angezeigt werden.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

## ② Begründung

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

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

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

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

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

## ③ Anzuzeigende Leistungen

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

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

## ④ Datum, Unterschrift und Stempel

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

## ⑤ Antragsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]

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

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

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

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

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

**eFormular MIT 8 – Mitteilung über eine chirurgische Therapie gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-Richtlinie (Stand 01.10.2023)**

**Allgemeines**

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

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Abrechnungs-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p style="text-align: center;">①</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Mitteilungsnummer</td></tr> <tr><td>Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung</td></tr> <tr><td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr> <tr><td>Verarbeitungskennzeichen</td></tr> <tr><td>Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version</td></tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																
Mitteilungsnummer																		
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung																		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																		
Verarbeitungskennzeichen																		
Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version																		

  

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

② Es werden weitere Maßnahmen im Rahmen der systematischen PAR-Therapie zum Parodontalstatus vom \_\_\_\_\_ notwendig.

③ Überweisung an einen spezialisierten Zahnarzt zur Durchführung der CPT  
 ja             nein

④ Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

  

⑤ \_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

**① Mitteilungsnummer, Verarbeitungskennzeichen [...]**

Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Mitteilungsnummer zugewiesen.

Im Feld „Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung“ ist bei Änderung einer Mitteilung die Mitteilungsnummer der ursprünglichen Mitteilung anzugeben.

Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist die Antragsnummer des Plans anzugeben, auf den sich die Mitteilung bezieht.

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

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

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

### ② Parodontalstatus vom \_\_\_\_\_

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

### ③ Hinweis auf Überweisung

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

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

### ④ Anzuzeigende Leistungen

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

### ⑤ Datum, Unterschrift und Stempel

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



- B. Erläuterungen und Ausfüllhinweise zur Erstellung elektronischer Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich, die auch für den vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sind**

## **Vordruck e01 – Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**

### **I. Verfahren zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit**

1. Die Daten der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung werden vom Vertragszahnarzt an die zuständige Krankenkasse digital als Datensatz übermittelt. Die Krankenkasse stellt dem Arbeitgeber die für ihn bestimmten Daten digital als Meldung zum Abruf zur Verfügung. Versicherte erhalten papiergebundene und vom Vertragszahnarzt unterschriebene Ausdrücke der mittels Stylesheet erzeugten Ausfertigungen für den Versicherten und den Arbeitgeber.

*Protokollnotiz:*

*Nach Art. 4b des Gesetzes zur Verlängerung von Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie beim Kurzarbeitergeld und anderer Leistungen wird von einem Start des Verfahrens der elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Arbeitgeber zum 01.01.2023 ausgegangen. Sollte die gesetzlich vorgesehene Pilotierung im Arbeitgeberverfahren nicht vollumfänglich erfolgen können, verständigen sich die Vertragspartner darauf, dass im Falle einer entsprechenden gesetzlichen Anpassung die Fristen unter C. I. und II. kurzfristig aktualisiert werden.*

2. Im elektronischen Verfahren sind die Arbeitsunfähigkeitsdaten tagesaktuell als XML-Datensatz (im FIHR-Standard) zu erstellen und über den Dienst KIM zu übermitteln. Es gelten grundsätzlich die Vorgaben der Technischen Anlage zur eAU der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (ab Version 1.09), soweit vertragszahnärztliche Besonderheiten nicht entgegenstehen. Die zu berücksichtigenden Besonderheiten werden von den Vertragspartnern bei jeder Aktualisierung der Technischen Anlage gemeinsam festgelegt. Beabsichtigte Aktualisierungen im ärztlichen Bereich teilt der GKV-Spitzenverband der KZBV rechtzeitig mit.
3. Wenn die Datenübermittlung im elektronischen Verfahren an die Krankenkasse aus technischen Gründen nicht möglich ist, werden die Daten durch das Praxisverwaltungssystem gespeichert und der Versand erfolgt, sobald dies wieder möglich ist.

Sofern die digitale Erstellung oder Übermittlung der Daten an die Krankenkasse bis zum Ende des nachfolgenden Werktags<sup>1</sup> nicht nachgeholt werden kann, sendet der Vertragszahnarzt den Papierausdruck der Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse unterschrieben an die zuständige Krankenkasse. Mit Hilfe des aufgedruckten Barcodes stellt diese dem Arbeitgeber die für ihn bestimmten Daten digital als Meldung zum Abruf zur Verfügung. Sofern Portokosten für den Vertragszahnarzt anfallen, können diese nach der Ordnungsnummer 602 gem. Ziffer 2.4.7 Anlage 1 BMV-Z abgerechnet werden. Auch bei einer nicht elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten gilt § 49 Absatz 1 Nr. 5 letzter Halbsatz SGB V i. d. F. ab 01.01.2021.

4. Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist qualifiziert elektronisch mittels eHBA<sup>2</sup> zu signieren. Wenn die Signierung mit den Komponenten der TI aus technischen Gründen oder aus anderen Gründen, die nicht in der Verantwortung des Vertragszahnarztes liegen, nicht möglich ist, ist eine Signierung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mittels SMC-B zulässig.

<sup>1</sup> Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.

<sup>2</sup> Davon sind alle Ausweise umfasst, die zum jeweiligen Zeitpunkt als qualifizierte Signaturkarten in der Telematikinfrastruktur unterstützt werden.

5. Bei nachträglichem Korrekturbedarf versendet der Vertragszahnarzt eine Stornierung an die Krankenkasse und übermittelt einen neuen Arbeitsunfähigkeitsdatensatz mit den korrekten Daten. Die Ausfertigungen für den Versicherten und den Arbeitgeber sind dem Versicherten entsprechend korrigiert in Papierform unterschrieben auszuhändigen.
6. Erhält eine Krankenkasse Arbeitsunfähigkeitsdaten zu einem Versicherten, der aktuell nicht bei dieser Krankenkasse versichert ist, löscht sie die Daten umgehend und versendet eine standardisierte Fehlermeldung an den Vertragszahnarzt, der den Versicherten darüber informiert. Eine Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die zuständige Krankenkasse hat erst dann zu erfolgen, wenn der Versicherte dies ausdrücklich veranlasst.
7. Die Ausfertigungen für den Versicherten und für den Arbeitgeber können auf Wunsch des Versicherten diesem entweder papiergebunden ausgehändigt oder digital in die elektronische Patientenakte (ePA) übernommen werden.

## **II. Allgemeine Grundsätze und Ausfüllhinweise**

1. Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung eine besondere Sorgfalt. Arbeitsunfähigkeit darf deshalb nur aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung bescheinigt werden.
2. Der Vertragszahnarzt soll die Daten der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mindestens 12 Monate archivieren.
3. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) ist zu beachten.
4. Der GKV-Spitzenverband stellt der KZBV und diese den KZVen und den Herstellern der Praxisverwaltungssysteme die Stylesheets zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im XSLT-Format kostenfrei zur Verfügung.
5. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

### **① Erst-/Folgebescheinigung**

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem Vertragszahnarzt anzukreuzen, der die Arbeitsunfähigkeit erstmalig festgestellt hat, ansonsten ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ (auch bei Mit-/Weiterbehandlung) anzukreuzen. Tritt eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen; dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

### **② Arbeitsunfall, -folgen, Berufskrankheit/dem Durchgangsarzt zugewiesen**

Bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen. Die entsprechenden Regelungen hierzu gelten weiter fort.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span></td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>2</b> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit</p> <p>arbeitsunfähig seit</p> <p>voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit festgestellt am</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>2</b> <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p><b>3</b> _____</p> <p><b>4</b> _____</p> <p><b>5</b> _____</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>Ausfertigung für Versicherte</b> </div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung <span style="float: right;">1</span></h2> <p><b>1</b> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><b>1</b> <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 20px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p><b>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code <b>6</b> _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code <b>6</b> _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code <b>6</b> _____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code <b>6</b> _____</td> <td>ICD-10 - Code <b>6</b> _____</td> <td>ICD-10 - Code <b>6</b> _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>6</b> _____</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>7</b> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>8</b> <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> </div> </div> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>9</b> <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung</p> </div> </div> <p><b>9</b> <input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>		ICD-10 - Code <b>6</b> _____	ICD-10 - Code <b>6</b> _____	ICD-10 - Code <b>6</b> _____	ICD-10 - Code <b>6</b> _____	ICD-10 - Code <b>6</b> _____	ICD-10 - Code <b>6</b> _____	<b>6</b> _____					
ICD-10 - Code <b>6</b> _____	ICD-10 - Code <b>6</b> _____	ICD-10 - Code <b>6</b> _____											
ICD-10 - Code <b>6</b> _____	ICD-10 - Code <b>6</b> _____	ICD-10 - Code <b>6</b> _____											
<b>6</b> _____													
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Im Krankengeldfall</b> <b>10</b> <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <b>11</b> <input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p><b>Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld</b></p> <p style="font-size: x-small;">Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf eine lückenlose ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer ihre <b>aktuell gültige</b> Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.</p> </div> <p style="font-size: x-small;">Dokumentenversion: _____      PRENR.</p> <p style="font-size: x-small;">Dokumententyp: _____</p>													

**3** arbeitsunfähig seit

In der Zeile „arbeitsunfähig seit“ ist einzutragen, von welchem Tag an beim Versicherten nach dem vom Vertragszahnarzt erhobenen Befund Arbeitsunfähigkeit besteht. Dabei soll Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Vertragszahnarztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig.

Bei erstmaliger Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Erstbescheinigung) ist in jedem Falle sowohl die Zeile „arbeitsunfähig seit“ als auch die Zeile „festgestellt am“ auszufüllen, und zwar auch dann, wenn die Daten übereinstimmen. Handelt es sich um eine Folgebescheinigung, hat die Eintragung des Datums in der Zeile „arbeitsunfähig seit“ zu unterbleiben.

**4** voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

In das Kästchen „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen zahnärztlichen Befundes voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Die Prognose der Dauer der

Arbeitsunfähigkeit soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden.

Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit, z. B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen, aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sog. „Brückentage“), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen.

Liegt ein potentieller Krankengeldfall vor und der Vertragszahnarzt kann bereits bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist zusätzlich zur Angabe des letzten Tages der Arbeitsunfähigkeit das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen. Auf diese Angabe ist besondere Sorgfalt zu verwenden, weil das bescheinigte Datum für die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers, die Leistungsfortzahlung der Agentur für Arbeit und die Krankengeldzahlung wichtig ist.

#### **5** festgestellt am

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit darf weder vor- noch rückdatiert werden; es ist vielmehr der Tag einzusetzen, an dem die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich jeweils für den in der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angegebenen Arbeitsunfähigkeitszeitraum vertragszahnärztlich festgestellt wurde.

Das Feststelldatum ist wichtig für einen lückenlosen Nachweis des Fortbestehens einer Arbeitsunfähigkeit. Hierfür muss die weitere Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem auf das bisher attestierte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag erneut vertragszahnärztlich festgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage im vorgenannten Sinne. Eine verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit führt zu einem lückenhaften Nachweis der Arbeitsunfähigkeit; hierdurch droht Krankengeldverlust für den Versicherten. Der auf dem Formular aufgedruckte Barcode enthält zusätzlich alle auf dem Formular vorhandenen Informationen.

#### **6** AU-begründende Diagnose(n)

Hier sind alle die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD-10-GM<sup>3</sup> in der jeweils gültigen Fassung anzugeben. Soweit der Vertragszahnarzt es für erforderlich hält, besteht die Möglichkeit, weitergehende Hinweise bzgl. der Diagnose zusätzlich als Klartext/Freitext zu ergänzen. Die Angabe von Klartext/Freitext ersetzt jedoch nicht die Kodierung der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen nach ICD-10.

#### **7** sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Bei Vorliegen eines Unfalls oder Unfallfolgen ist dies entsprechend anzukreuzen. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall bzw. Folgen eines Arbeitsunfalls, ist stattdessen „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

#### **8** Versorgungsleiden (z. B. Bundesversorgungsgesetz (BVG))

Bei Vorliegen eines Versorgungsleidens ist dies entsprechend anzukreuzen. Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten beziehungsweise angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden und vom Versorgungsamt anerkannt worden sind. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden)

---

<sup>3</sup> Diese Verpflichtung besteht, wenn die technischen Voraussetzungen für die Zurverfügungstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in elektronischer Form vorliegen, spätestens zum 01.07.2022. Für das bisherige Muster 1 nach dem bisher praktizierten Papierverfahren besteht diese Verpflichtung nicht.

- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten)
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe)
- Soldatenversorgungsgesetz

⑨ Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Dieser Abschnitt entfällt für den Vertragszahnarzt.

⑩ ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

Sobald die durchgängige Dauer der Arbeitsunfähigkeit mehr als 6 Wochen beträgt oder der Vertragszahnarzt über das Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles (z. B. wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder Arbeitsunfähigkeit während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses) Kenntnis erlangt, ist in jeder dieser Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Kästchen „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. Bei der Angabe handelt es sich um einen Hinweis des Vertragszahnarztes für die Krankenkasse, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einem potentiellen Krankengeldfall ausgestellt wurde; der Vertragszahnarzt beurteilt durch die Angabe nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld für den Versicherten gegeben ist.

⑪ Endbescheinigung

Liegt ein Krankengeldfall vor und der Vertragszahnarzt kann bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen.“