

# Schnittstelle Papier/digital

## EBZ-Verfahren im Rahmen der Kieferorthopädie (KFO)

Das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ) hat das herkömmliche Papierverfahren abgelöst. Seit Januar 2023 sind Leistungsanträge direkt über den sicheren KIM-Dienst an die jeweilige Krankenkasse zwecks Genehmigung zu übermitteln. Die Krankenkasse bearbeitet den elektronischen Antrag und übermittelt via KIM die Leistungsentscheidung an die Praxis zurück. Die Daten werden vom PVS der entsprechenden Patientenkartei zugeordnet und abgespeichert.

Folgende Punkte gelten für Pläne, die zu einem früheren Zeitpunkt noch im Papierverfahren beantragt und genehmigt wurden.

### KFO-Therapieänderungsanträge

Ist nach Befunderhebung nach Bema-Nr. 01k und weiteren diagnostischen Unterlagen eine Therapieänderung notwendig, so ist dies bei der Krankenkasse zu beantragen.

Der Zahnarzt erstellt einen neuen Antragsdatensatz als Therapieänderungsantrag (Art des Behandlungsplans „KFO-Therapieänderung“) und übermittelt diesen an die Krankenkasse. Das Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ bleibt

leer, da im Papierverfahren noch keine Antragsnummer vergeben wurde.

Bei einem KFO-Therapieänderungsantrag sind alle Maßnahmen anzugeben, die ab der Genehmigung des Antrags vorgenommen werden sollen (und nicht nur, wie im Papierverfahren bisher üblich, nur die geänderten Maßnahmen).

Die Krankenkasse sendet bei Anträgen auf Therapieänderung einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die beantragte Änderung genehmigt oder ablehnt. Die Krankenkasse kann für ihre Leistungsentscheidung den Antrag begutachten lassen.

Die ursprüngliche Genehmigung des KFO-Behandlungsplans in Papierform bleibt so lange gültig, bis der KFO-Therapieänderungsantrag elektronisch genehmigt wurde.

### KFO-Verlängerungsanträge

Ist nach Befunderhebung nach Bema-Nr. 01k und weiteren diagnostischen Unterlagen eine Verlängerung der KFO-Therapie notwendig, so ist ein Verlängerungsantrag für erforderliche Leistungen, die über das

16. Behandlungsvierteljahr hinausgehen, zu stellen (§ 1 Abs. 1 Anlage 4, BMV-Z).

Der Zahnarzt erstellt einen neuen Antragsdatensatz als Verlängerungsantrag (Art des Behandlungsplans „KFO-Verlängerungsantrag“) und übermittelt diesen an die Krankenkasse. Zusätzlich ist der Behandlungsbeginn, Beginn der Verlängerung und die voraussichtliche Dauer zu übermitteln. Das Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ bleibt leer, da im Papierverfahren noch keine Antragsnummer vergeben wurde.

Die Krankenkasse sendet bei KFO-Verlängerungsanträgen einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die beantragte Verlängerung genehmigt oder ablehnt. Die Krankenkasse kann für ihre Leistungsentscheidung den Antrag begutachten lassen.

### Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung

Auch wenn die Pläne noch im Papierverfahren genehmigt wurden, sind die Mitteilungen digital an die jeweilige Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse nimmt diese zur Kenntnis und übernimmt die Angaben in ihr System.

Mögliche Mitteilungsnachrichten:

- Zusätzlich erforderliche Leistungen (z. B. notwendige weitere Bögen): Es gilt, dass kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, der Krankenkasse anzuzeigen sind. Die Krankenkasse kann diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen (§ 2 Abs. 6, Anlage 4, BMVZ). Eine Antwort erfolgt nur, wenn die Krankenkasse den zusätzlich erforderlichen Leistungen nicht zustimmt. Erfolgt keine Antwort innerhalb von vier Wochen, so sind nach Ansicht der KZVB die zusätzlich beantragten Leistungen als genehmigt zu betrachten.
- Planmäßiger Abschluss der Behandlung
- Unplanmäßiger Verlauf der Behandlung
- Behandlungsabbruch
- Beabsichtigte KFO-Behandlung gehört nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung (KIG-Einstufung < 3)
- Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung  
Eine abgebrochene kieferorthopädische Behandlung kann innerhalb einer Frist von in der Regel sechs Monaten nach Übermittlung der Abbruchmitteilung wiederaufgenommen werden, falls das Behandlungsziel auf der Grundlage des ursprünglichen Behandlungsplans durch eine Wiederaufnahme der Behandlung erreicht werden kann (§ 8 Abs. 5 BMV-Z). Die Krankenkasse sendet einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Wiederaufnahme genehmigt oder ablehnt.

Die Ausfüllhinweise zum eFormular KFO-Behandlungsplan sowie die beschriebenen Szenarien in der Anlage 15b zum BMV-Z sind in der Abrechnungsmappe der KZVB (abrechnungsmappe.kzvb.de) unter der Rubrik Rechtsgrundlagen / Verträge / Bund eingestellt.

Barbara Zehetmeier  
KZVB-Projektgruppe Abrechnungswissen

Versichertenstammdaten

Krankenkasse bzw. Krankentage

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Krankengemeinschaft Versicherten-Nr. Status

Vertragsabschluss-Nr. Datum

Anamnese

Diagnose OK

UK

Bisslage

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

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

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

A 92 a	b	c	d	A 93	A 94 a	b	A 95 a	b	c	d	s	7 a	12	116
117	118	120 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	

OK 119  
UK 119  
120

Sonstige Leistungen: Geb.-Nr. Anz.

Geschätzte Material- u. Laborkosten EUR

Voraussichtl. Gesamtkosten EUR

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

Antragsnummer

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan

Verarbeitungskennzeichen

Kassenwechsel voriges IK Abschnugsnummer Akt.-Z. PVS

Behandlerwechsel ab Quartal

Entscheidung der Krankenkasse

Bezugnahme zu den aufgeführten Leistungen Prozentuale und Kostenobergrenze % Anrecht bei Wechsel im Quartal

Art des Behandlungsplans

KFO-Behandlungsplan

KFO-Therapieänderung

KFO-Verlängerungsantrag

Behandlungsbeginn Quartal Beginn für Verlängerung Quartal

KIG-Einstufung  Unfall

Ergänzende Angaben:

- Krankenkassenwechsel
- Behandlerwechsel (entweder Neuplanung oder Einstieg in die Behandlung)
- Behandlerwechsel
- Behandlerwechsel Neuplanung
- Kassenwechsel

Antragsdaten:

- Die eindeutige 30-stellige Antragsnummer wird vom PVS zugewiesen und kann nicht mehrmals verwendet werden. Bei Krankenkassenwechsel wird der von der Vorkasse genehmigte Antragsdatensatz unverändert an die neue Krankenkasse übermittelt. Es wird dafür keine neue Antragsnummer vergeben.
- Die Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans ist anzugeben, wenn der Antrag Bezug auf einen früher gestellten Antrag nimmt. Dies ist der Fall, wenn
  - eine Therapieänderung oder ein Verlängerungsantrag angegeben wird, oder
  - ein Behandlerwechsel mit Einstieg in die Behandlung (Planübernahme) angegeben wird.
 Für kieferorthopädische Behandlungspläne (und Mitteilungen), die ursprünglich im Papierverfahren an die Krankenkasse übermittelt wurden, bleibt das Feld leer (Wechsel von Papier- zu Datenaustauschverfahren).
- Als Verarbeitungskennzeichen wird „10 erstmalige Übermittlung“ angegeben.

## DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Der Abrechnungstipp soll einen Überblick geben, was zu beachten ist, wenn der KFO-Plan noch in Papierform beantragt und bewilligt wurde und jetzt eine Änderung bzw. Verlängerung beantragt werden muss. Hier gilt grundsätzlich, dass im Bereich KFO ein neuer Datensatz mit neuer Antragsnummer und dem Verarbeitungskennzeichen „10 erstmalige Übermittlung“ erstellt wird. Der digitale Plan ist zu kennzeichnen mit „KFO-Therapieänderung“ bzw. „KFO-Verlängerungsantrag“. Das Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ bleibt leer, wenn die Therapie noch in Papierform genehmigt wurde.

Neu ist auch, wenn ein Therapieänderungsantrag gestellt wird, dass alle Maßnahmen anzugeben sind, die ab der Genehmigung des Antrags vorgenommen werden sollen („Also wieder zurück auf Los“).

Zusätzlich erforderliche Leistungen (z. B. notwendige weitere Bögen) sind der Krankenkasse als Mitteilungsdatensatz zu übermitteln.