

2.3 Der Heil- und Kostenplan

Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ)

Seit dem Start des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens (EBZ) zum 01.07.2022 sind neue Formulare im Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) hinterlegt, auch die Befund- und Therapiekürzel wurden ergänzt/geändert.

- In Anlage 14a zum BMV-Z geregelt.
 - eFormular 3 – Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz
 - Vordruck 3c – Patienteninformation Regelversorgung
 - Vordruck 3d – Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung
 - Vordruck 3e – Direktabrechnung Zahnersatz

Welche Zahnersatz-Fälle (BEMA-Teil 5) sind über das EBZ-Verfahren zu übermitteln?

Grundsätzlich sind alle Heil- und Kostenpläne, die bisher genehmigungspflichtig waren, auch im Rahmen des EBZ-Verfahrens digital zu übermitteln. Heil- und Kostenpläne, die keine Genehmigung erfordern – wie beispielsweise Maßnahmen zur Wiederherstellung – müssen weiterhin nicht genehmigt werden und sind daher auch nicht über das EBZ-Verfahren zu übertragen.

Die Übermittlung des Heil- und Kostenplans (Formular eHKP/e3) erfolgt digital über die „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) an die gesetzliche Krankenversicherung. Die Krankenkasse übermittelt ihre Rückmeldung – etwa die Genehmigungsdaten – auf digitalem Weg möglichst zeitnah an die Zahnarztpraxis zurück.

Auch Änderungen im Therapieverlauf werden vom Vertragszahnarzt digital an die gesetzliche Krankenversicherung übermittelt. Die Antwort der Krankenkasse erfolgt ebenfalls direkt und digital zurück an den Vertragszahnarzt.

eFormular 3 – Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Abrechnung-Nr.

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. die voraussichtliche Herstellungskosten des Zahnersatzes informiert und verstehe die Bedeutung entsprechend dessen Kostengrundsatz.

Datum/Unterschrift des Versicherten:

Seite

Stempel des Zahnarztes

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:
Bonushaft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

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

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht anzuheften!

Benutzungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro Ct.

Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit **3**

SEB

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgeesehenen Weise eingeleistet wird.

Unbräufbare Prothese/Büchse/Krone OK Alter UK Jahre

Unbräufbare Prothese/Büchse/Krone UK Alter UK Jahre

NEM

Direktabrechnung

Datum, Unterschrift und Stempel des Kostenträgers

Hinweise:

% Festzuschuss

Es liegt ein Härtefall vor

voraussichtliche Zuschusshöhe/Härtefall

% Festzuschuss voraussichtlich

Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor

III. Kostenplanung

1 BEMA-Nr. Anz. 2 Anz. 3 Anz.

2 Zahnärztliches Honorar BEMA (geschätzt)

3 Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)

4 Material- und Laborkosten (geschätzt)

5 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

Antragsnummer

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan

Gutachterlich befürwortet ja nein teilweise

Verarbeitungskennzeichen **10**

Art des Behandlungsplans

Therapieschritt **11** Wechselskennzeichen

Aktienzeichen PVS logische Version 2.0.0

Zusätzliche Erläuterung

Datum/Unterschrift und Stempel des Quersprechers

1

Befund des gesamten Gebisses und Behandlungsplan

Der Vertragszahnarzt gibt den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und bei einer gleich- oder andersartigen Versorgung die tatsächlich geplante Versorgung mit den vereinbarten Befund- und Therapiekürzel an.

Eine Kombination der vorhandenen Kürzel ist nicht möglich.

Andere, als die vordefinierten Befund- und Therapiekürzel können nicht verwendet werden.

2

Bemerkungen

Im Bemerkungsfeld steht eine Liste mit vorgegebenen Bemerkungen zur Verfügung, die zutreffende Bemerkung kann angeklickt werden (auch eine Mehrfachauswahl ist möglich). Ist eine Bemerkung nicht vorhanden, so können diese im Feld Bemerkung als Freitext eingetragen werden.

Folgende vordefinierte Bemerkungen stehen zur Verfügung:

- 01 – medizinische Indikation
- 02 – Zahnersatz verloren
- 03 – Indikation BEMA 98e
- 04 – Langzeitprovisorium
- 05 – Topographische Lage
- 06 – Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff
- 07 – Zahnarzt wünscht Rücksprache

- 08 – Versicherter wünscht Rücksprache
- 09 – Vollkeramische Restauration
- 10 – Wiederherstellung / Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop
- 11 – Wiederherstellung / Bruch
- 12 – Wiederherstellung / Sprung
- 13 – Wiederherstellung / Unterfütterung partiell
- 14 – Wiederherstellung / Unterfütterung total
- 15 – Erosionsgebiss
- 16 – Erweiterung Halteelement
- 17 – Erweiterung Zahn / Zähne
- 18 – Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation
- 19 – Hemisektion
- 20 – Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie 36a
- 21 – Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie 36b

Die vordefinierten Bemerkungen können nicht verändert werden.

Weiterhin kann im Feld „Bemerkungen“ Freitext eingegeben werden, z. B.

- zur Verblendungsart (Kunststoff, Komposit, Keramik)
- die Art der Wiederherstellung oder Erweiterung im Zusammenhang mit den Befundklassen 6 und 7
- wenn keine vordefinierte Bemerkung vorhanden ist
- usw.

3

Bei Bedarf sind die entsprechenden Felder anzukreuzen.

4

Erklärung des Versicherten

Nur der voraussichtliche Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes ist anzugeben.

Wird der Zahnersatz im Inland hergestellt, so ist dem Herstellungsort der Buchstabe „D“ voranzustellen.

Bei Herstellung im Ausland, ist der Landesname des Herstellungslandes anzugeben.

5

Befunde für Festzuschüsse

Die Befund-Nrn. einschließlich der Anzahl, die für die jeweilige Versorgung angesetzt werden, sind einzutragen.

Das Versorgungsgebiet, die Zähne sind anzugeben.

Als nachträgliche Leistungen können die Befunde 1.4 und 1.5 eingetragen werden. Auch hier ist der entsprechende Zahn anzugeben.

6

voraussichtliche Zuschusshöhe und Härtefall

Im Feld „Zuschusshöhe“ ist die voraussichtliche Höhe des Zuschusses gemäß Bonusheft oder der Vorgabe der PVS des Vertragszahnarztes einzutragen

60 % = kein Bonus

70 % = Eintrag im Bonusheft mindestens die letzten 5 Jahre einmal jährlich

75 % = Eintrag im Bonusheft mindestens die letzten 10 Jahre einmal jährlich

Feld „Härtefall“ – Wenn nach Einschätzung des Zahnarztes der Patient Anspruch auf Härtefall hat, ist ein „ja“ einzutragen.

100 % = Härtefall bei Regelversorgung (höchstens tatsächliche Kosten)
= Härtefall bei gleich- oder andersartiger Versorgung der doppelte Festzuschuss (höchstens tatsächliche Kosten)

Protokollnotiz zu Anlage 15 § 11 Nr. 19 BMV-Z

*„*Protokollnotiz zu Nr. 19: Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der Zahnarzt im Nachhinein für eine falsche Angabe der Höhe der Festzuschüsse in Prozent nicht haftbar gemacht werden kann, wenn die Krankenkasse bei der Prüfung des Antrags eine andere Höhe der Festzuschüsse feststellt.“*

7/8

Kostenplanung

Abschnitt „BEMA“ – für die geplante Regelversorgung sind die BEMA-Nrn. und die Anzahl einzutragen.

Abschnitt „GOZ“ – wird nur bei gleichartig oder andersartigen Versorgung und in Mischfällen ausgefüllt. Anzugeben sind die betroffenen Zähne oder das Gebiet, die GOZ-Gebühren mit Leistungsbeschreibung und Anzahl. Besteht zwischen GOZ-Gebühr und dem Zahn/Gebiet kein direkter Bezug, ist die Angabe zum Zahn/Gebiet nicht notwendig und kann entfallen.

Feld „Honorar BEMA“ Zeile „2“ – Eintrag des BEMA-Honorars

Feld „Honorar GOZ“ Zeile „3“ – Eintrag des GOZ-Honorar

Feld „Material- und Laborkosten“ Zeile „4“ – die geschätzten Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen (Fremd und/oder Eigenlabor) sind in einer Summe anzugeben. Leistungen nach BEL und BEB werden nicht getrennt, sondern addiert in einem Euro-Betrag eingetragen.

Feld „Behandlungskosten insgesamt“ Zeile „5“ – die Gesamtkosten der Behandlung sind anzugeben

Außerdem ist das Antragsdatum anzugeben, die Unterschrift des Zahnarztes wird von der PVS eingefügt.

9/10

Antragsnummer

Die Praxisverwaltungssoftware (PVS) weist dem Heil- und Kostenplan eine eindeutige Antragsnummer zu.

Verarbeitungskennzeichen

Bei der Erstplanung ist anzugeben, dass es sich um eine erstmalige Übermittlung des Behandlungsplans handelt.

Ändert sich der Befund oder die Therapie, ist ein neuer Antrag mit dem Hinweis zu stellen, dass es sich um eine Änderung handelt. Eine Angabe hat im Feld Verarbeitungskennzeichen zu erfolgen.

Im Feld „Art des Behandlungsplans“ ist „Heil- und Kostenplan“ auszuwählen, wenn es sich um eine Erst- oder Neuversorgung handelt – auch dann, wenn Anteile von Wiederherstellungen oder Erweiterungen enthalten sind. Die Option „Wiederherstellung/Erweiterung“ ist ausschließlich bei reinem Wiederherstellungs- oder Erweiterungsbedarf anzugeben.

11

Anzahl Therapieschritt

Die Anzahl der insgesamt geplanten Therapieschritte ist mit einer laufenden Nummer (1 bis 4) einzutragen.

Erfolgt die Versorgung mit Zahnersatz in mehreren Therapieschritten, so ist für jeden Therapieschritt ein gesonderter Heil- und Kostenplan zu erstellen.

Alle Therapieschritte sind zeitgleich (am gleichen Tag) zu erstellen.

Maximal vier Therapieschritte sind möglich.

Bei jedem einzelnen Therapieschritt ist der Befund des Gesamtgebisses auf dem Heil- und Kostenplan anzugeben. Die jeweils dazugehörigen Befunde für den Festzuschuss sind anzugeben. Ein Heil- und Kostenplan ohne Angabe einer Befundnummer ist nicht möglich.

Die Gesamtplanung und der Gesamtfestzuschuss ergibt sich aus der Summe der einzelnen Therapiepläne.

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

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel
Zahnersatz Zusatzseite

12

Antragsnummer _____

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel _____

Antragsnummer vorherige Krankenkasse _____

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse _____

12

Zusatzseite – Information zum Krankenkassenwechsel/Zahnarztwechsel

Auszufüllen, sofern im Feld Wechselkennzeichen des Heil- und Kostenplans ein Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel angegeben wird.

Dabei wird im Feld „Antragsnummer“, die im HKP angegebene Antragsnummer wiederholt.

Im Feld „Krankenkassenwechsel/Zahnarztwechsel“ wird die Erläuterung zum auf dem HKP angegebenen Kennzeichen vermerkt

- „Zahnarztwechsel mit Neuplanung“ oder
- „Krankenkassenwechsel“.

Handelt es sich um einen Krankenkassenwechsel müssen

- die Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse genehmigten HKP´s und
- das Institutionskennzeichen der zuvor zuständigen Krankenkasse angegeben werden.

Neue Vordrucke gemäß Bundesmantelvertrag Anlage 14a

In Verbindung mit der digitalen Übertragung des eHeil- und Kostenplans gibt es künftig anstelle des Heil- und Kostenplan Teil 2 folgende neuen Formulare:

- Vordruck 3c – Patienteninformation Regelversorgung
- Vordruck 3d – Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung
- Vordruck 3e – Direktabrechnung Zahnersatz