

Elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren

Unterschiedliche Verfahrensabläufe einfach dargestellt

Diverse zahnärztliche Leistungen

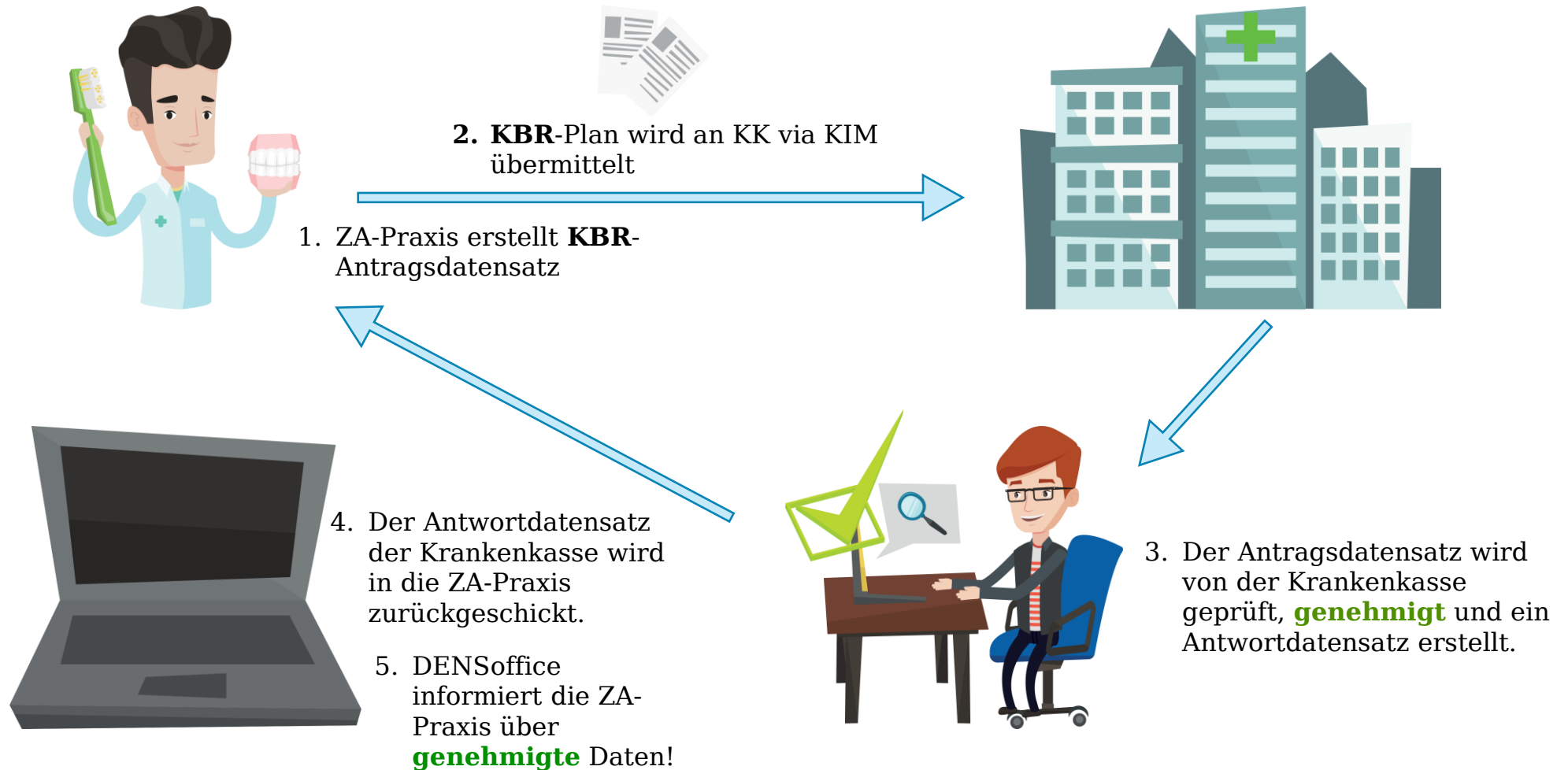
- Kiefergelenkserkrankungen
- Kieferbruch
- Kieferorthopädische Behandlung (KFO)
- Systematische Behandlung von Parodontopathien
- Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (ZE)

Kiefergelenkserkrankungen

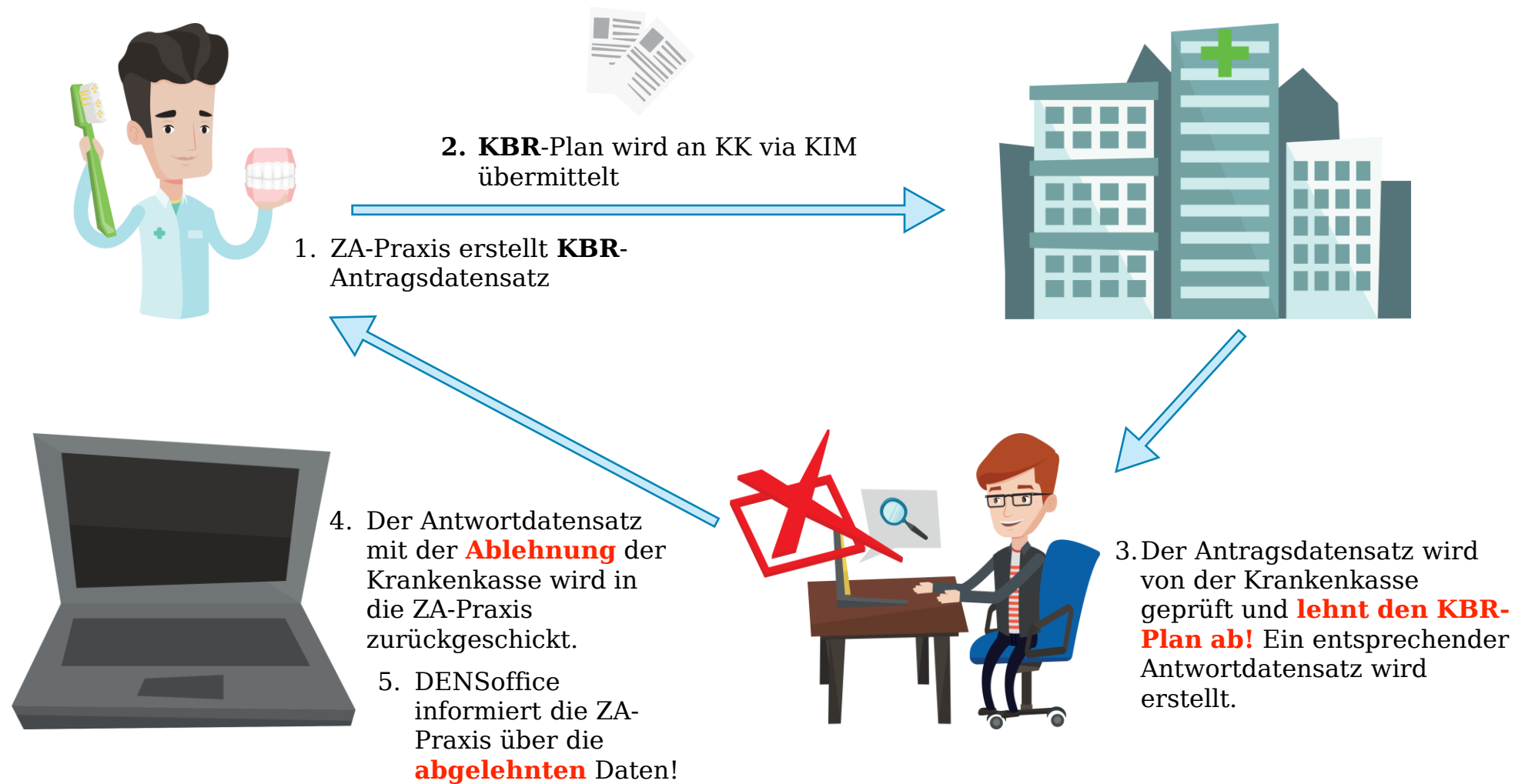
Verschiedene Ablauf-Beispiele

1. KBR-Plan erstellen, versenden und Genehmigung erfolgt entsprechend der Beantragung
2. Die Krankenkasse lehnt den eingereichten KBR-Plan ab
3. Genehmigter KBR-Plan muss durch ZA geändert werden
4. Mehrfache Beantragungen: genehmigter Plan 1. ZA und 2. ZA reicht einen weiteren Plan für denselben Patienten ein. Patient entscheidet sich für 1.ZA
5. Mehrfache Beantragungen: genehmigter Plan 1. ZA und 2. ZA reicht einen weiteren Plan für denselben Patienten ein. Patient entscheidet sich für 2.ZA
6. 2 nicht genehmigte KBR-Pläne liegen der Kasse für denselben Patienten vor

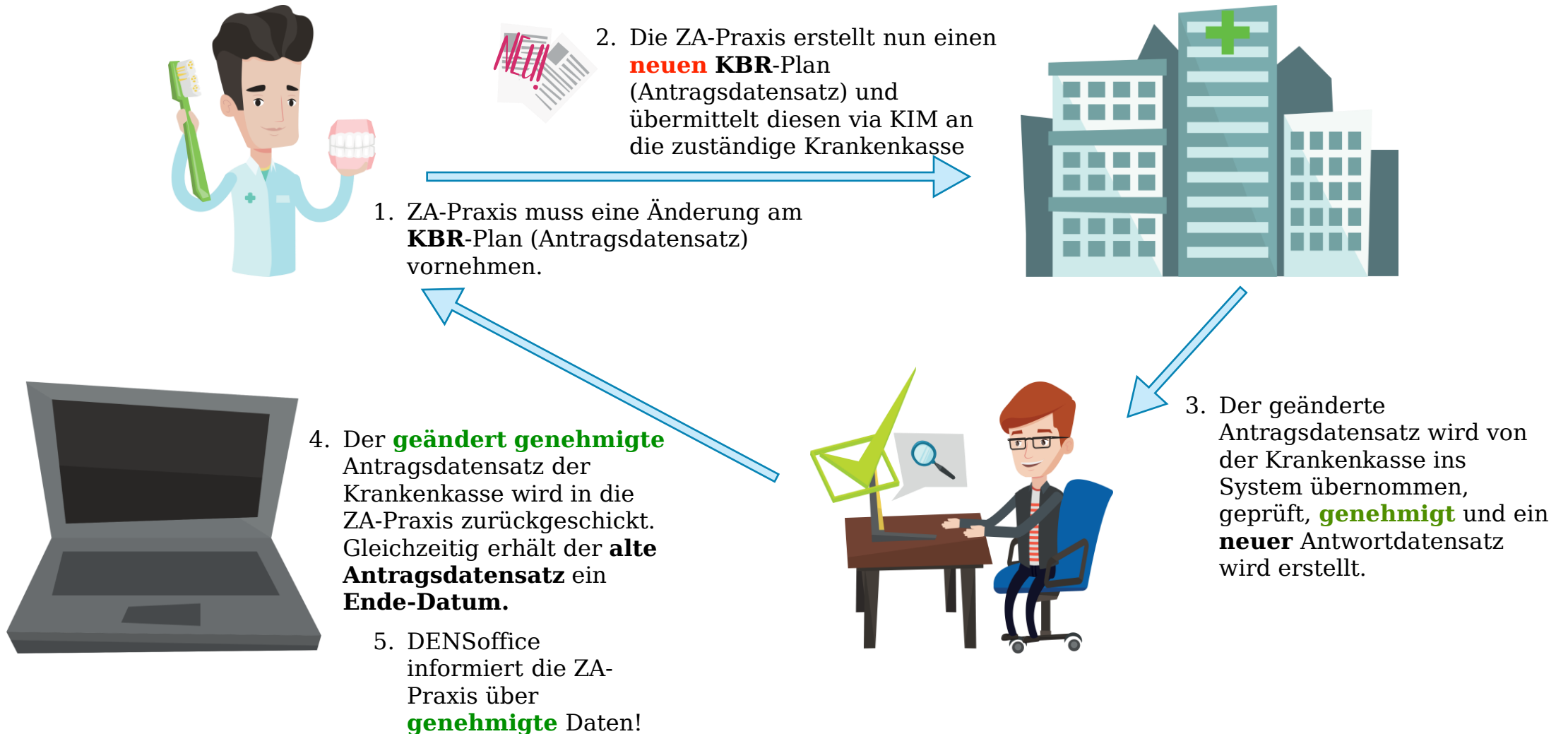
1. **KBR**-Plan erstellen, versenden und **Genehmigung** erfolgt entsprechend der Beantragung



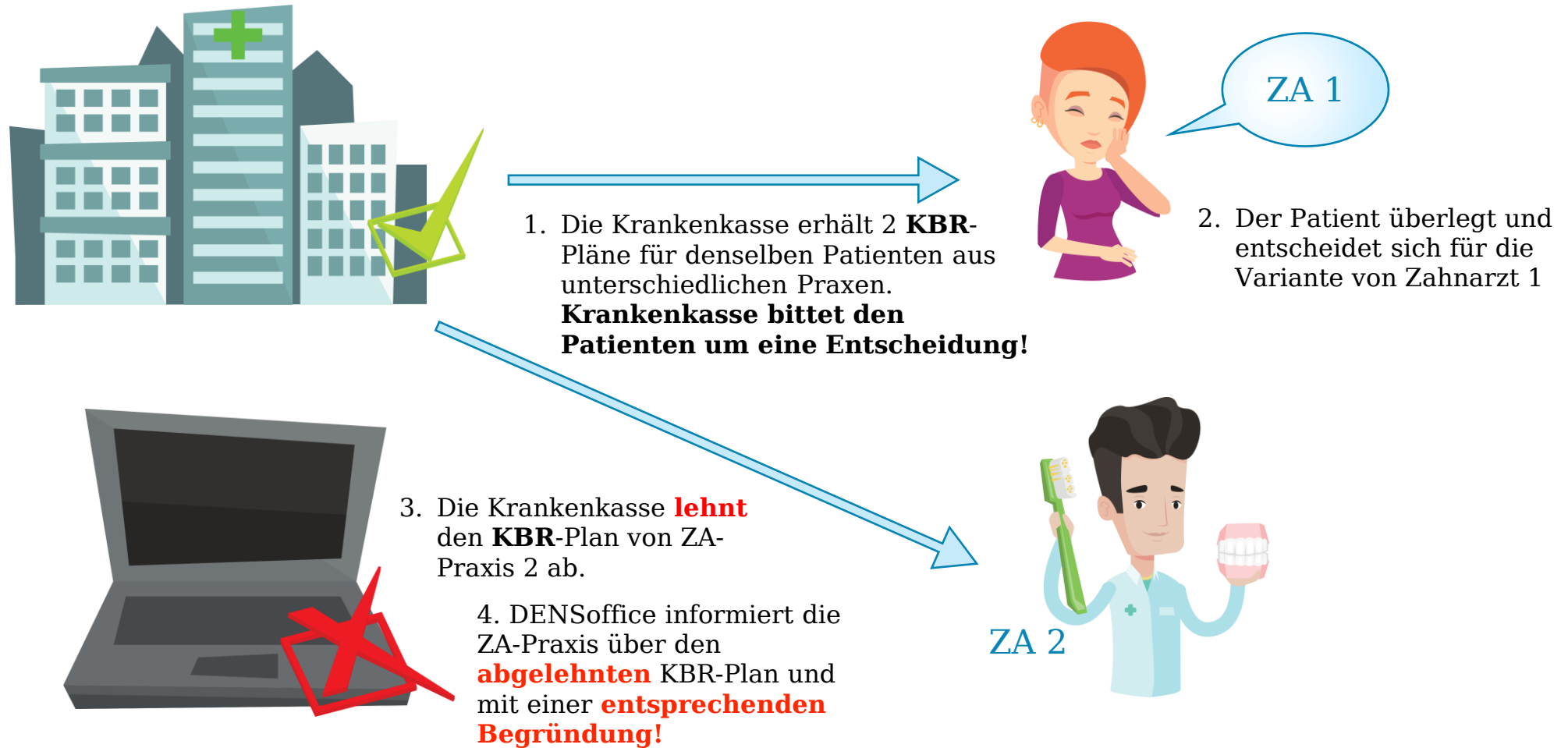
2. **KBR**-Plan kommt mit einer **Ablehnung** der Krankenkasse zurück in die Praxis



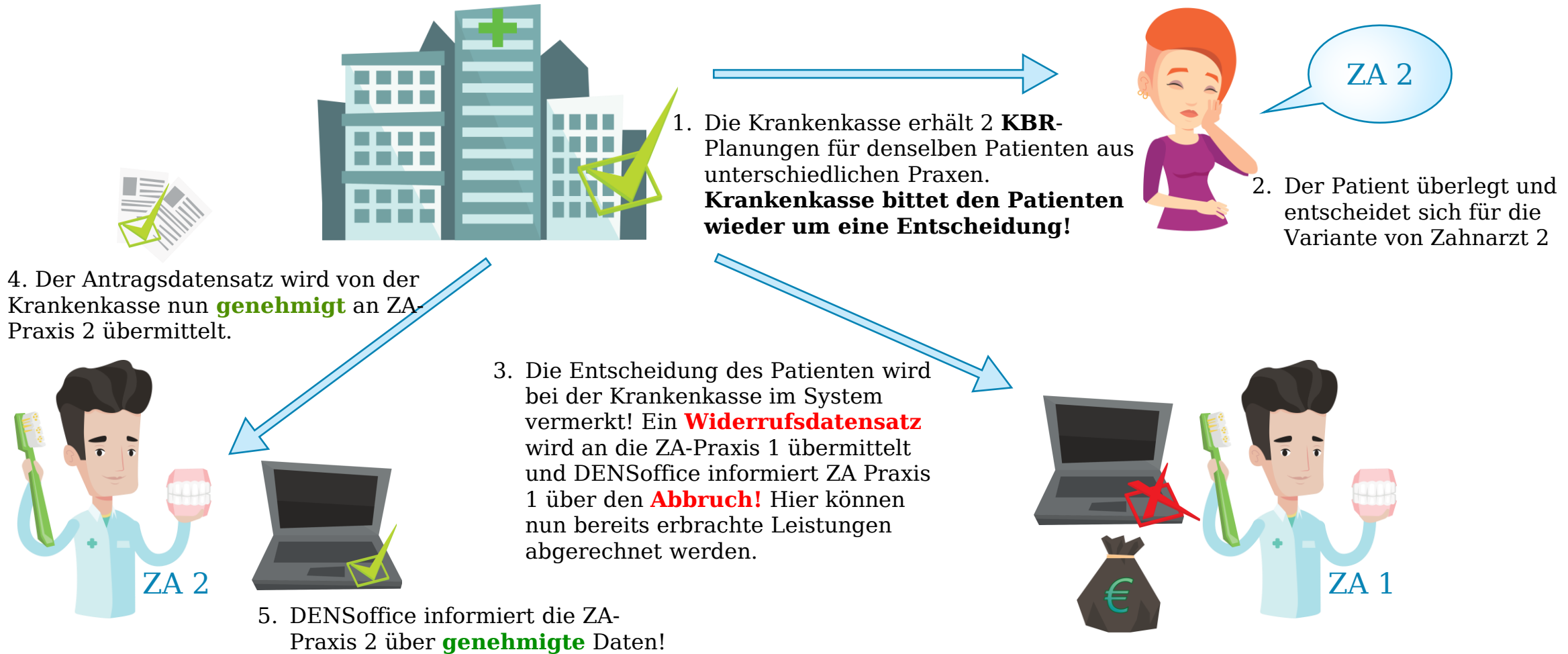
3. **KBR**-Plan kommt mit **Änderungsgenehmigung** von der Krankenkasse zurück in die Praxis



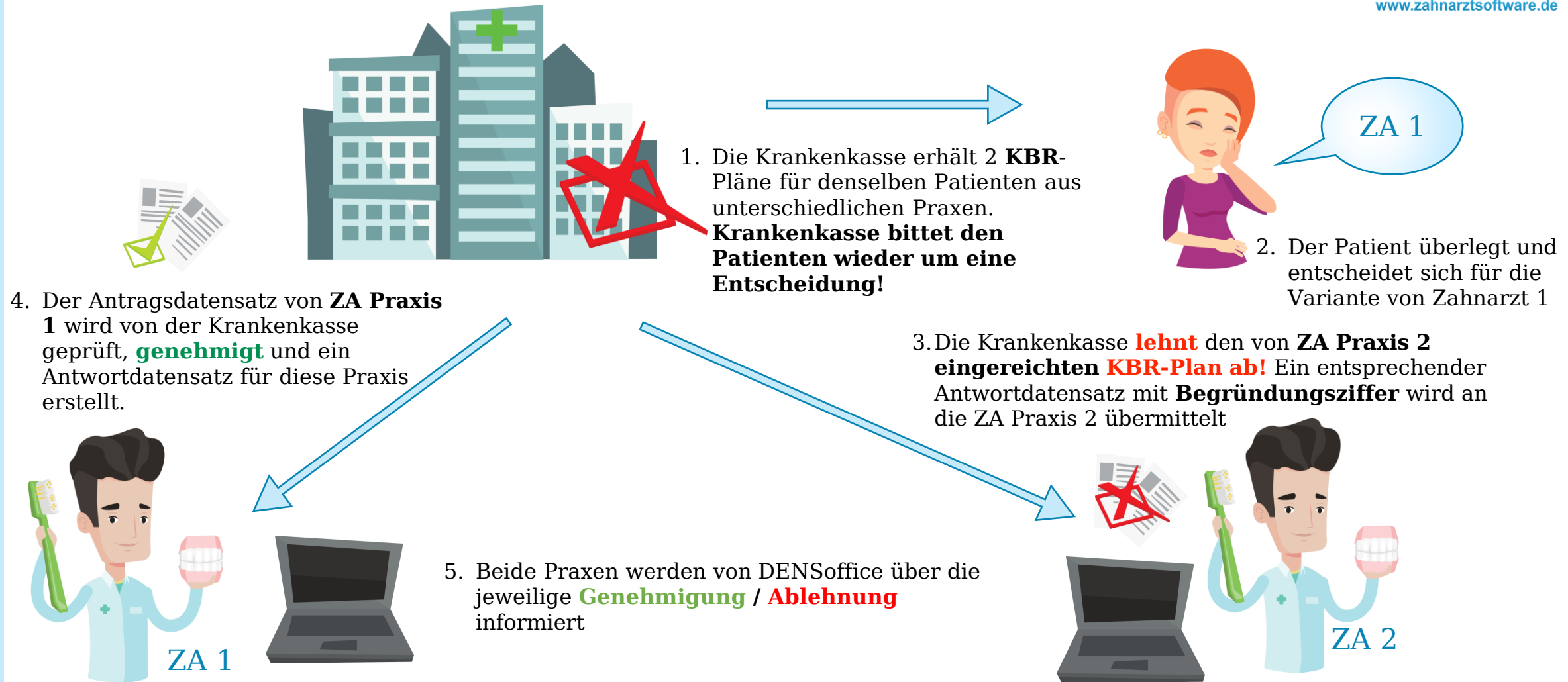
4. **KBR**-Plan liegt der Krankenkasse **genehmigt** von Zahnarzt 1 vor. Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten einen KBR-Plan ein. Der Patient entscheidet sich für die Lösung von Zahnarzt1



5. **KBR**-Plan liegt der Krankenkasse **genehmigt** von Zahnarzt 1 vor. Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten einen KBR-Plan ein. Der Patient entscheidet sich für die Lösung von Zahnarzt 2



6. **2 nicht genehmigte** KBR-Planungen für denselben Patienten liegen der Krankenkasse vor



Kieferbruch

Anzeige der geplanten Kieferbruchbehandlung

1. Die Praxis plant eine **Kieferbruchbehandlung**



1. eine geplante
Kieferbruchbehandlung wird ggf.
bei der Krankenkasse **angezeigt**.
Achtung KZV Unterschiede!



2. Die ZA Praxis erstellt einen
Antragsdatensatz zur geplanten
KBR-Behandlung



3. Die Krankenkasse nimmt die
Anzeige zur Kenntnis und
überführt diese in ihr System!

Kieferorthopädische Behandlungen (KFO)

Unterschiedliche Verfahrensabläufe einfach dargestellt

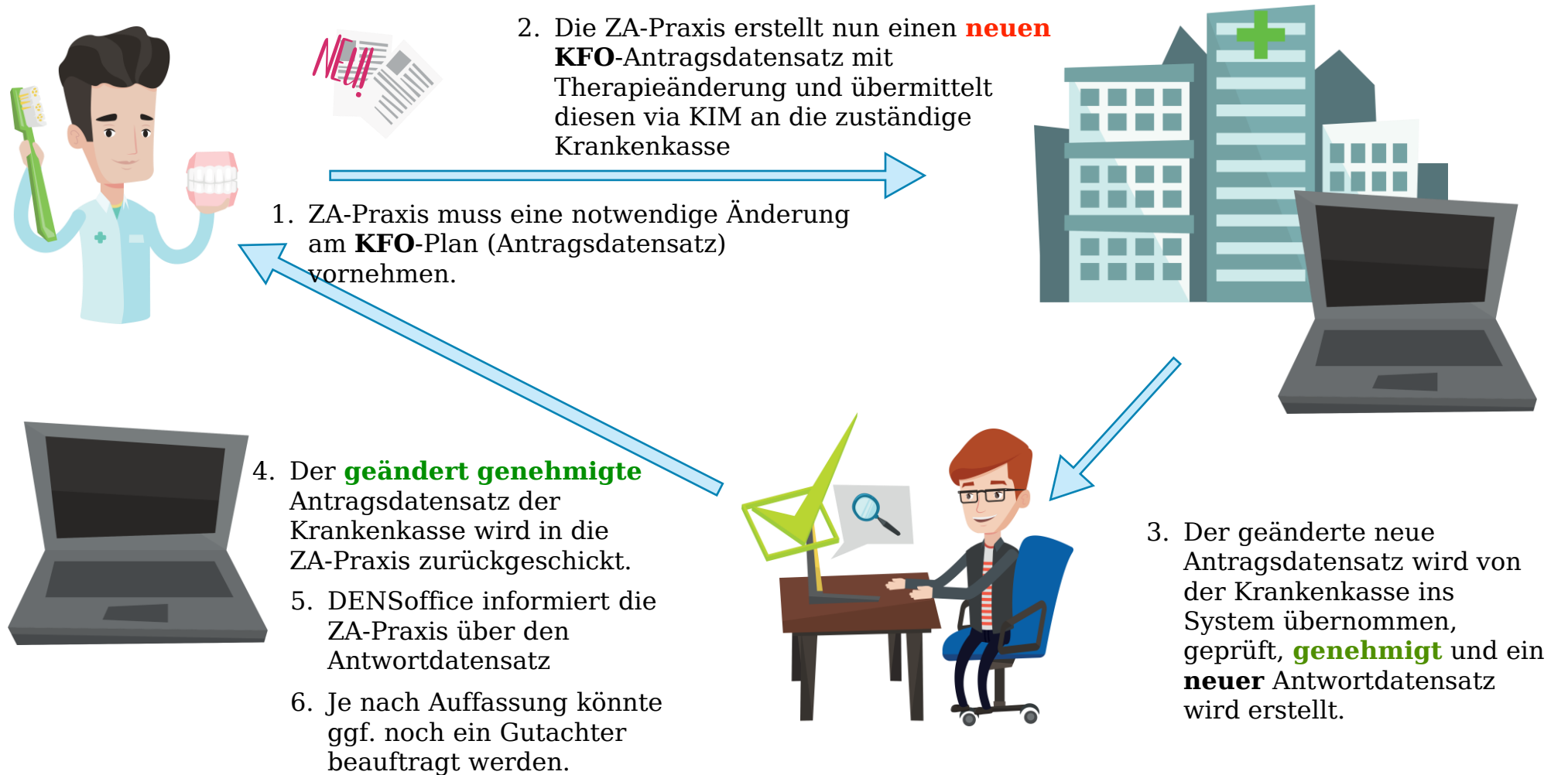
KFO - verschiedene Ablaufbeispiele

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

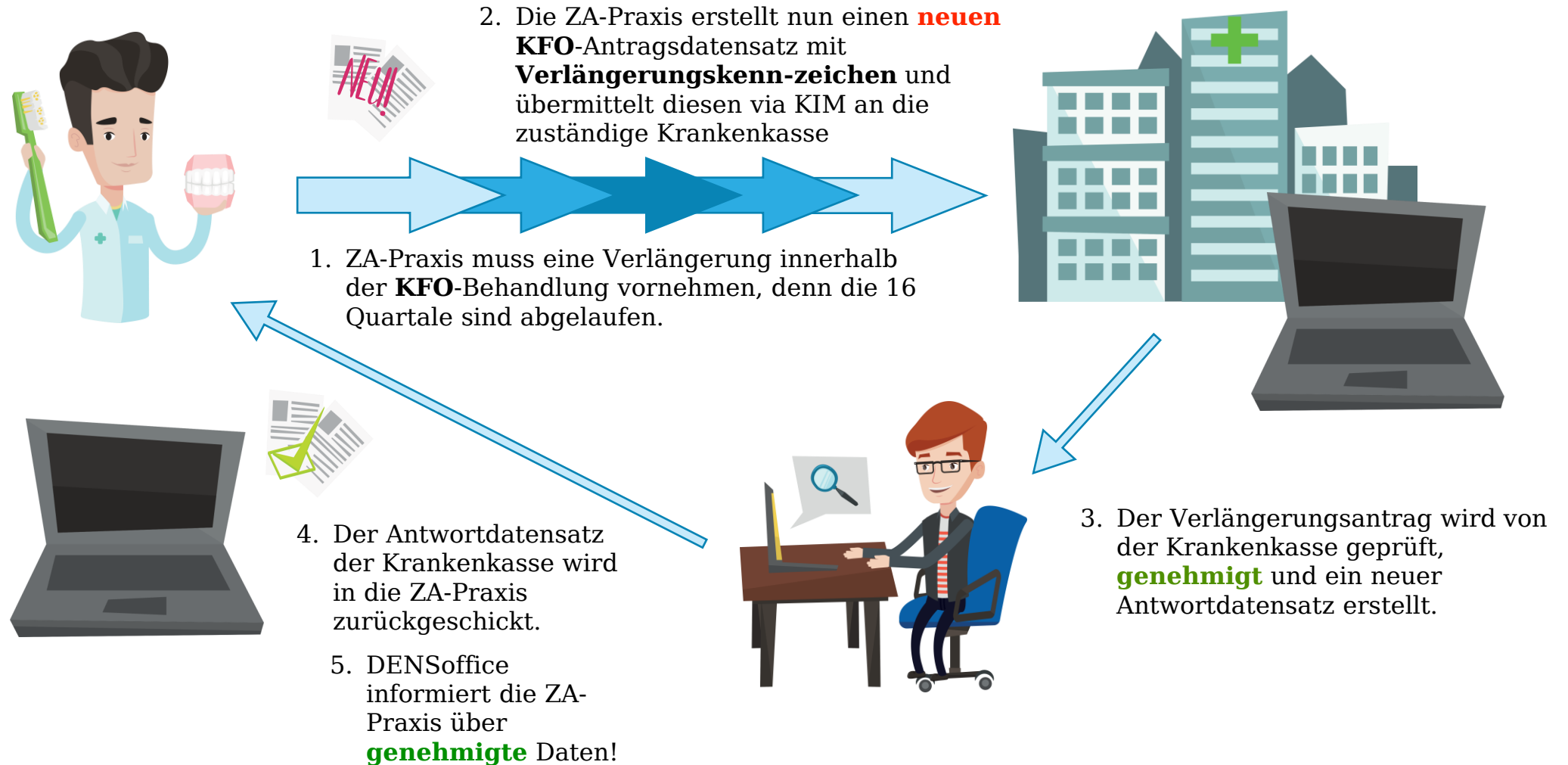
1. **KFO**: Plan erstellen, versenden und **Genehmigung** erfolgt entsprechend der Beantragung



2. KFO: Plan muss zur **Therapieverlängerung**



3. KFO: Ein **Verlängerungsantrag** muss gestellt werden



4. **KFO: zusätzliche Leistungen** sind erforderlich: Info an die Krankenkasse



1. ZA-Praxis erstellt **KFO**-Antragsdatensatz über die zusätzlichen Leistungen



2. Diese Mitteilung wird an KK via KIM übermittelt



Zusätzliche Maßnahmen mit zusätzlichen Leistungen werden notwendig!



4. Kenntnisnahme der zusätzlichen Leistungen durch die Krankenkasse und Überführung ins System der Kasse

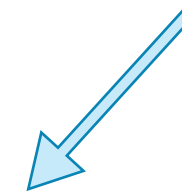
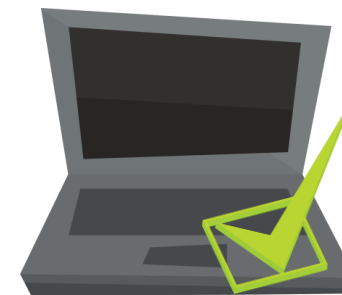
4. **KFO: Mitwirkungspflicht des Patienten:** Info an die Krankenkasse, dass es Änderungen im Behandlungsablauf gibt



1. Die **KFO** Behandlung verläuft unplanmäßig, da es an Mitwirkung des Patienten fehlt. Die ZA-Praxis informiert die Krankenkasse darüber.



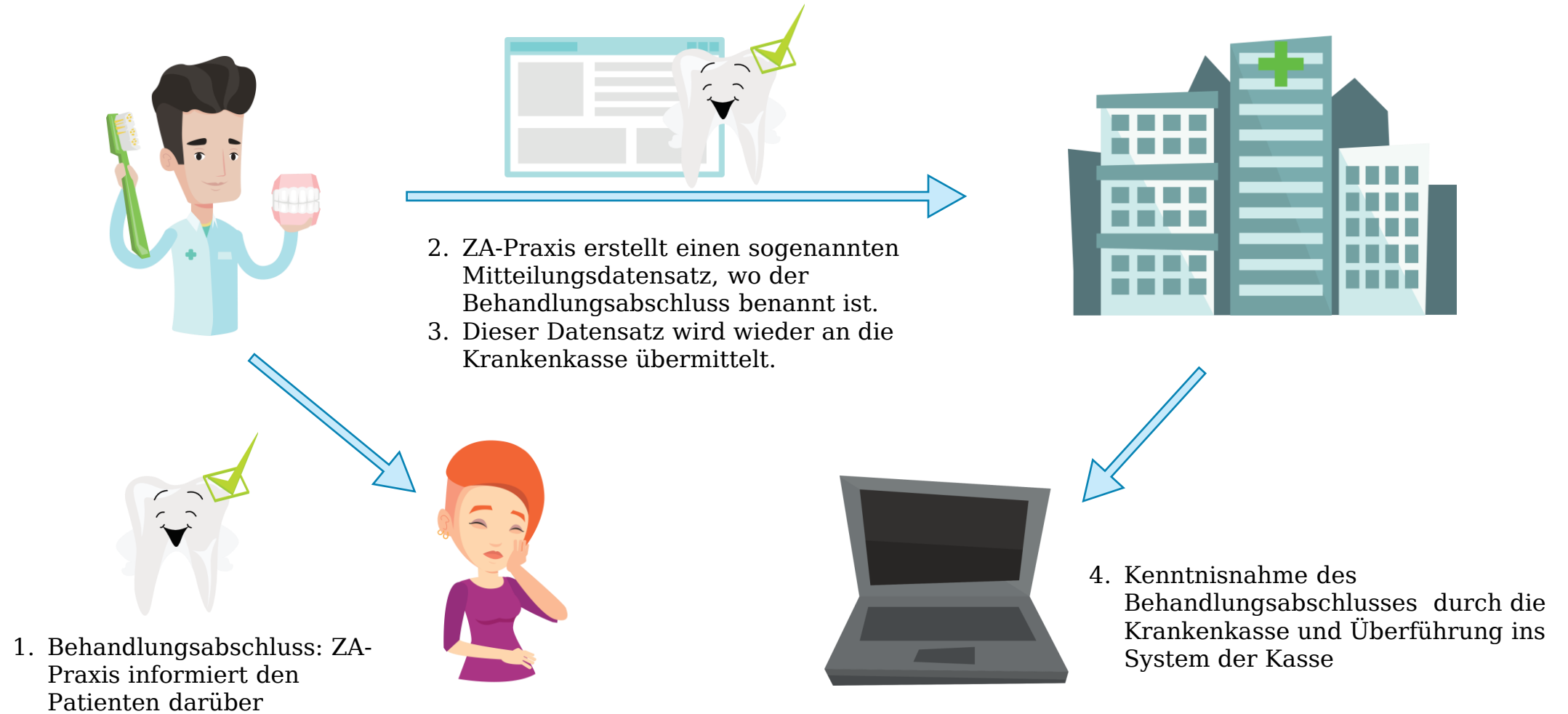
2. ZA-Praxis erstellt einen sogenannten Mitteilungsdatensatz. Hierbei werden die Gründe an die Krankenkasse übermittelt.



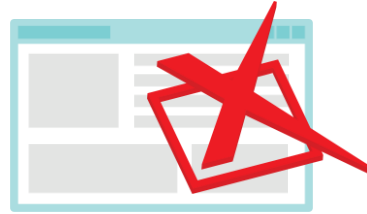
3. Kenntnisnahme der Gründe durch die Krankenkasse und Überführung ins System der Kasse

4. In den meisten Fällen wendet sich die Krankenkasse an den Patienten und erinnert ihn an die Mitwirkungspflicht

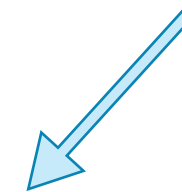
6. KFO: **Behandlungsabschluss**, Info an die Krankenkasse



7. KFO: **Behandlungsabbruch**, Info an die Krankenkasse



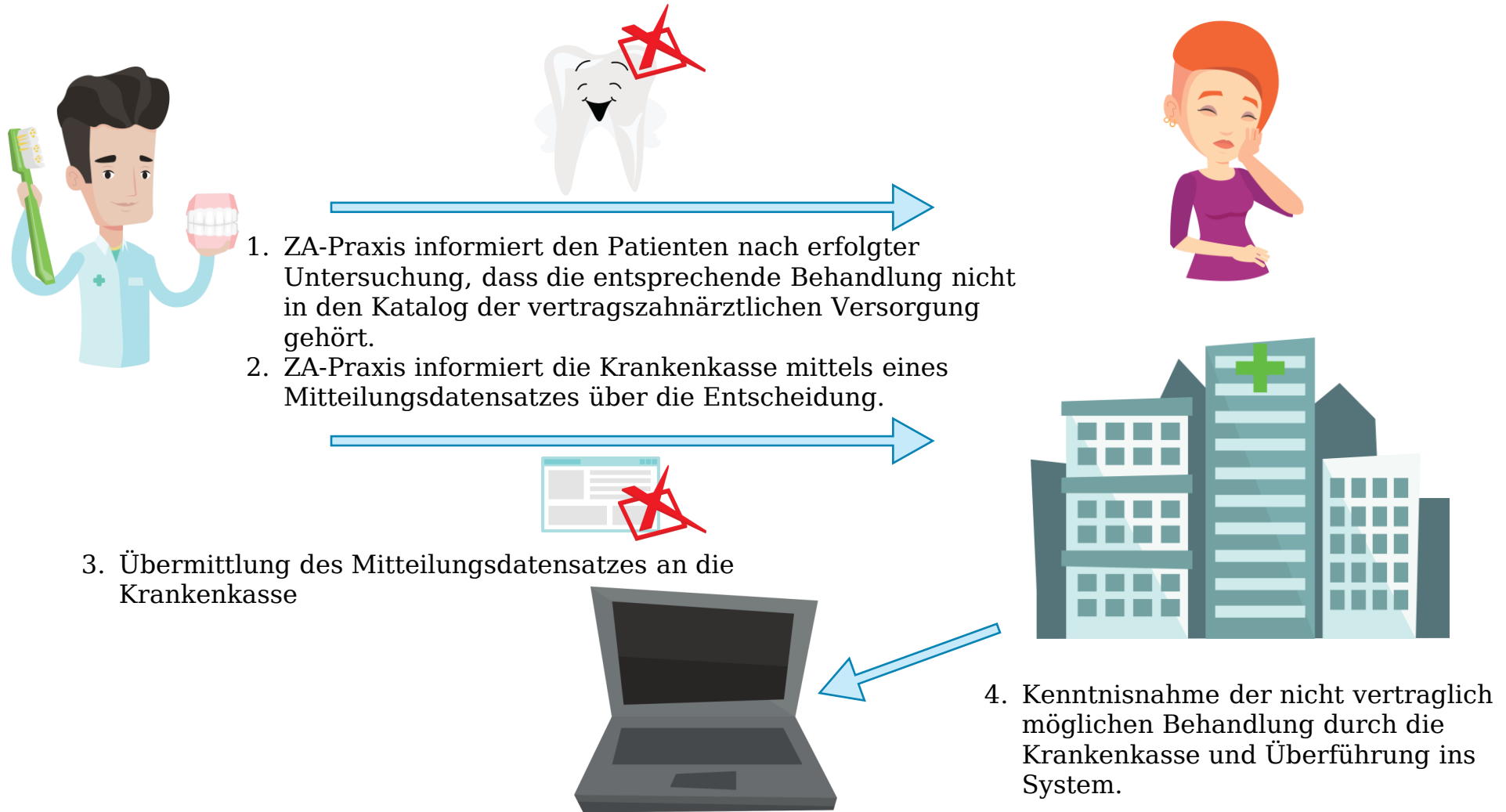
1. Die **KFO** Behandlung **muss abgebrochen** werden!
2. Die ZA-Praxis informiert die Krankenkasse mittels eines Meldungsdatensatzes über die Gründe des Abbruchs.



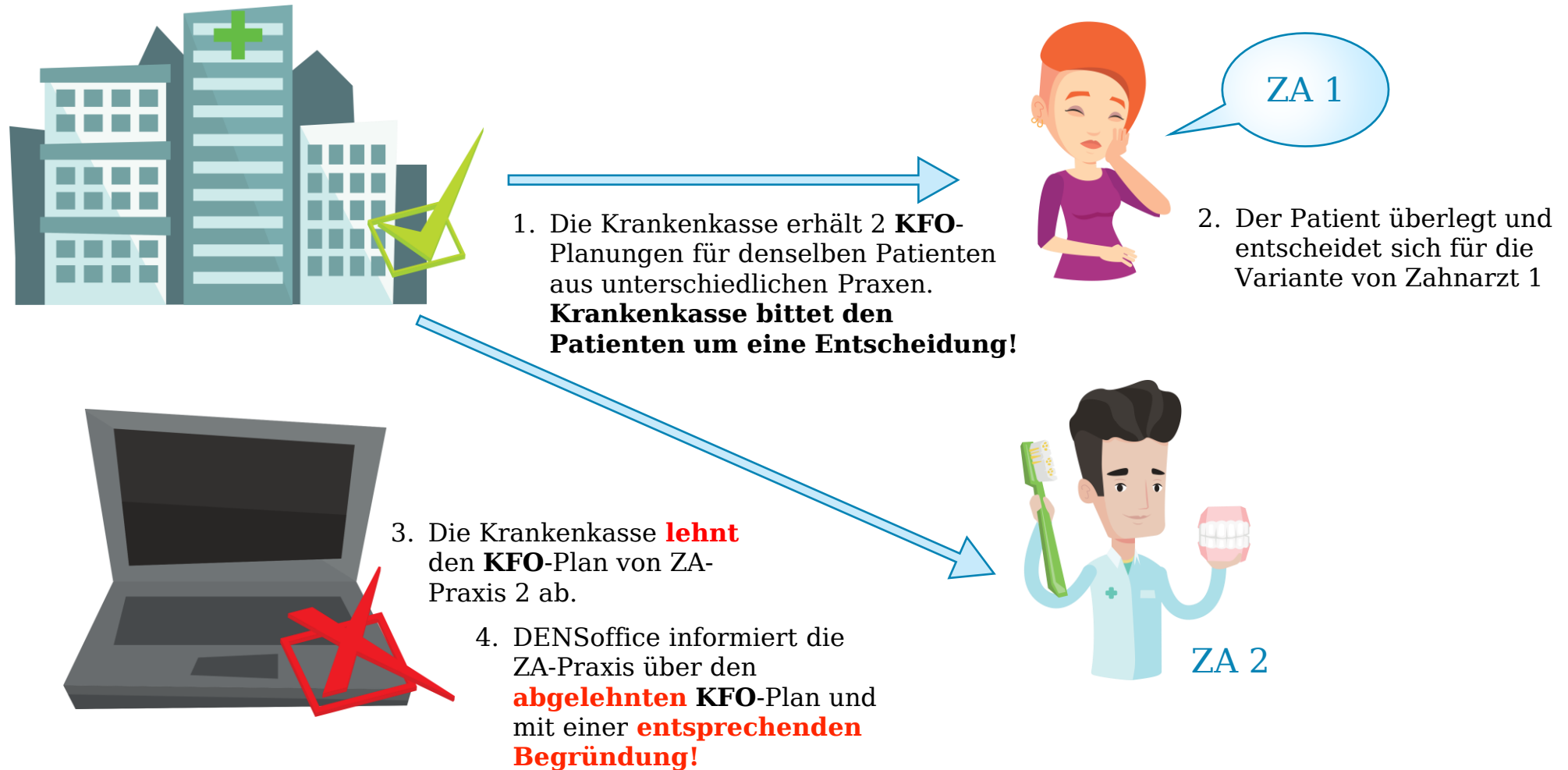
3. Kenntnisnahme der Gründe für den Behandlungsabbruch durch die Krankenkasse und Überführung ins System der Kasse

4. In den meisten Fällen wendet sich die Krankenkasse an den Patienten und informiert über den Behandlungsabbruch

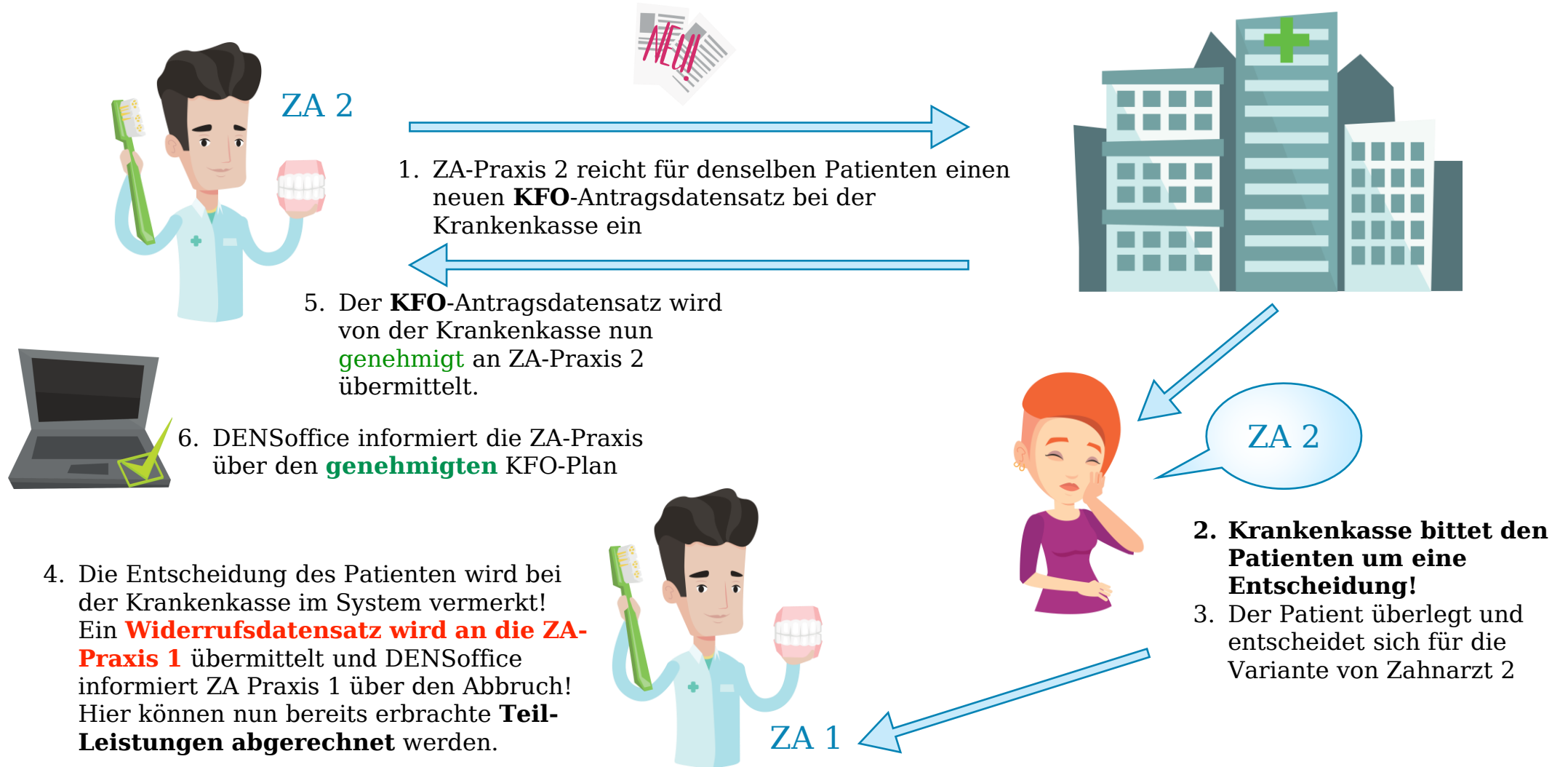
8. KFO: Information an den Patienten, dass die Behandlung aufgrund der **KIG-Einstufung < 3 keine vertragszahnärztlichen Versorgung** ist



9. **KFO**: Planung liegt der Krankenkasse **genehmigt** von Zahnarzt 1 vor. Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten eine KFO-Planung ein. Der Patient entscheidet sich für die Lösung von Zahnarzt1



10. **KFO**: KFO-Plan liegt der Krankenkasse **genehmigt** von Zahnarzt 1 vor. Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten einen KFO-Plan ein. Der Patient entscheidet sich für die Lösung von Zahnarzt 2 (**Neuplanung**)



11. **KFO**: KFO-Plan liegt der Krankenkasse **genehmigt** von Zahnarzt 1 vor. Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten einen KFO-Plan ein. Der Patient entscheidet sich für die Lösung von Zahnarzt 2 (**Behandlerwechsel mit Einstieg in die Behandlung**)



12. KFO: 2 genehmigte KFO-Planungen für denselben Patienten liegen der Krankenkasse vor

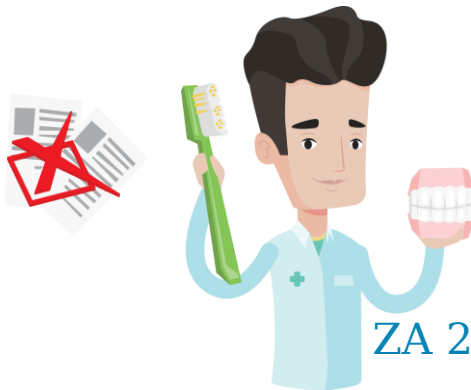


1. Die Krankenkasse erhält 2 **KFO**-Pläne für denselben Patienten aus unterschiedlichen Praxen.
Krankenkasse bittet den Patienten um eine Entscheidung!



2. Der Patient überlegt und entscheidet sich für die Variante von Zahnarzt 1

3. Die Krankenkasse **lehnt** den **KFO**-Plan von ZA-Praxis 2 ab.



4. DENSoffice informiert die ZA-Praxis 2 über den **abgelehnten KFO**-Plan und mit einer **entsprechenden Begründung!**



6. Beide Praxen werden von DENSoffice über die jeweilige **Genehmigung / Ablehnung** informiert



5. Der Antragsdatensatz von **ZA Praxis 1** wird von der Krankenkasse geprüft, **genehmigt** und ein Antwortdatensatz für diese Praxis erstellt.

13. KFO: Krankenkassenwechsel

1. Der Patient hat seine Krankenkasse gewechselt. Die ZA-Praxis übermittelt den „alten, genehmigten“ **KFO**-Antragsdatensatz mit Angabe der „alten“ Krankenkasse und mit der ursprünglichen Antragsnummer an die neue Krankenkasse. **ACHTUNG: Kennzeichen „Kassen-Wechsel“ nicht vergessen!**



2. Die **jetzt gültige Krankenkasse übernimmt** die **genehmigten KFO**-Antragsdaten der alten Krankenkasse



3. Die ZA-Praxis erhält nun den neuen **KFO**-Antwortdatensatz mit Übernahme, Genehmigung und Beginndatum.



14. KFO: eine **abgebrochene Behandlung wird wieder aufgenommen**, Info an Krankenkasse

1. Der Patient hat es sich überlegt und möchte die Behandlung nach Rücksprache wieder aufnehmen. Die ZA-Praxis übermittelt die ursprüngliche Antragsnummer an die Krankenkasse. **ACHTUNG: Begründung für die Wiederaufnahme nicht vergessen!**



2. Kenntnisnahme der Gründe für die Wiederaufnahme der Behandlung durch die Krankenkasse und Überführung ins System der Kasse



5. DENSoffice informiert die ZA-Praxis über die **genehmigten** Wiederaufnahme



3. Der Wiederaufnahmeantrag wird von der Krankenkasse geprüft und **genehmigt**
4. ein neuer Antwortdatensatz erstellt und an die ZA-Praxis übermittelt



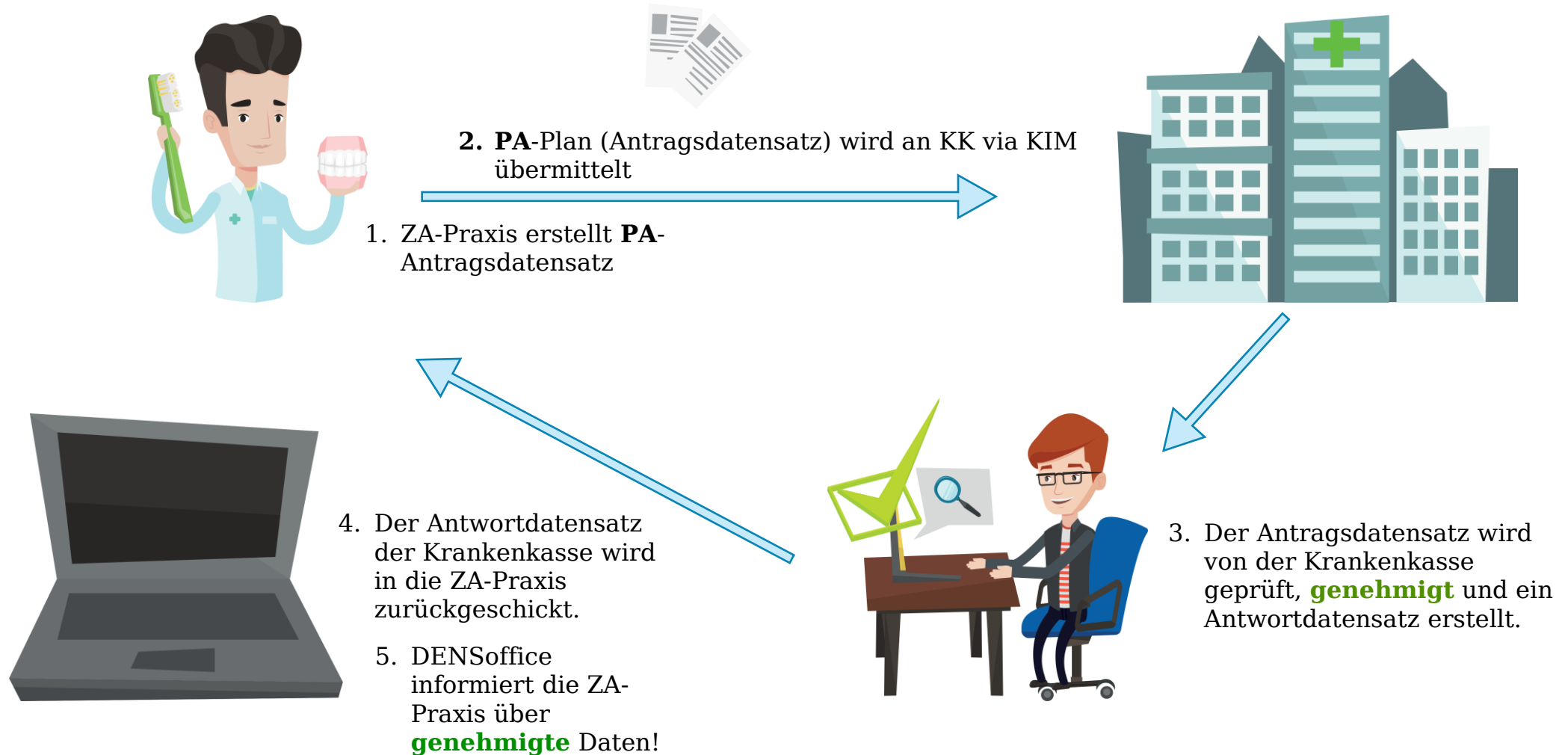
Systematische Behandlung von Parodontopathien

Unterschiedliche Verfahrensabläufe einfach dargestellt

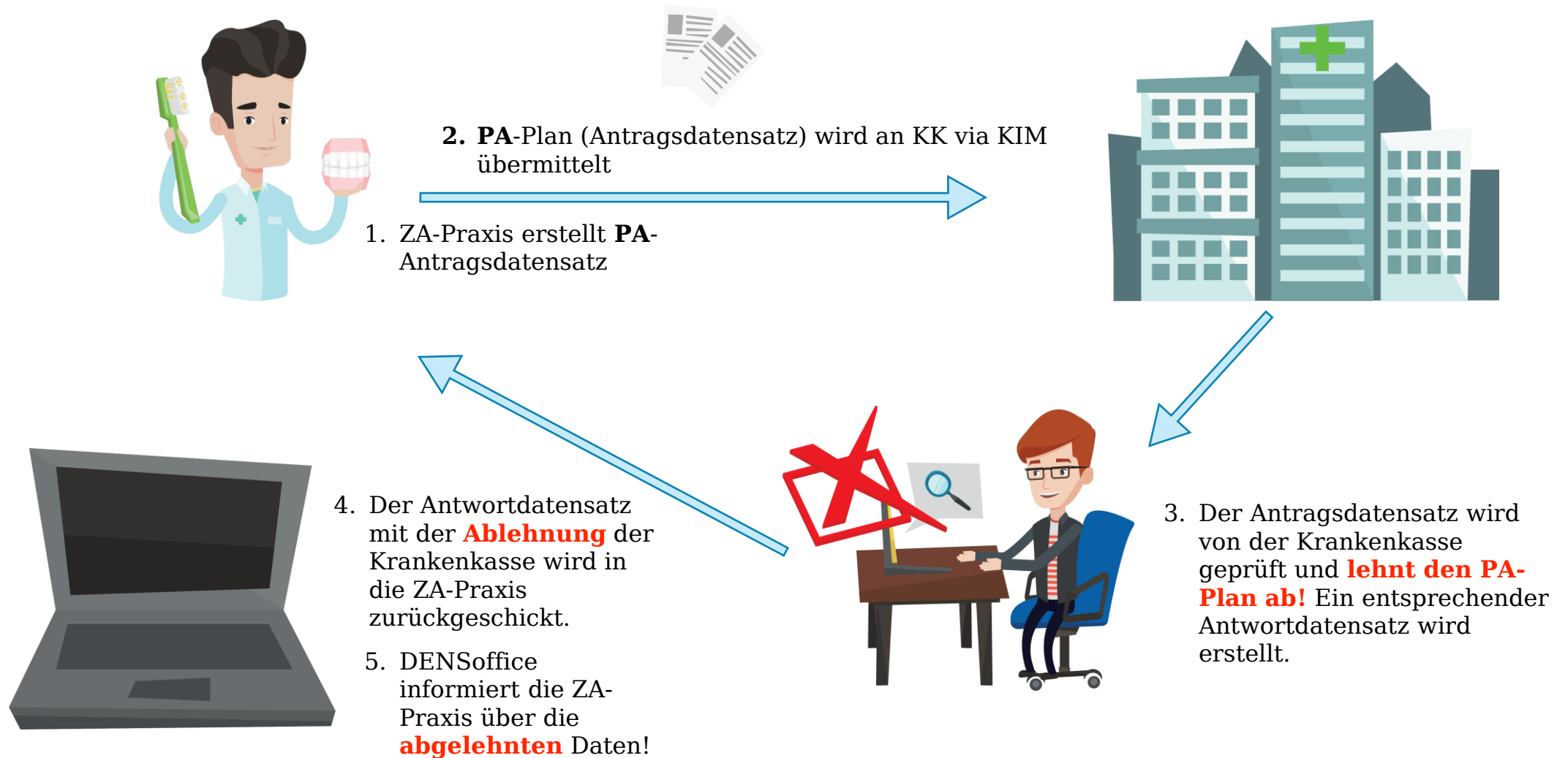
PA - verschiedene Ablaufbeispiele

1. Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung
2. Ablehnung durch Krankenkasse
3. Nach Genehmigung Antragsänderung durch Zahnarzt
4. Therapieergänzung
5. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1
6. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2
7. Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte Pläne für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet vor

1. PA-Plan erstellen, versenden und **Genehmigung** erfolgt entsprechend der Beantragung



2. PA-Plan kommt mit einer **Ablehnung** der Krankenkasse zurück in die Praxis



3. PA-Plan kommt mit **Änderungsgenehmigung** von der Krankenkasse zurück in die Praxis



1. ZA-Praxis muss eine Änderung am **PA-Plan** (Antragsdatensatz) vornehmen.



2. Die ZA-Praxis erstellt nun einen **neuen PA-Plan** (Antragsdatensatz) und übermittelt diesen via KIM an die zuständige Krankenkasse



3. Der geänderte Antragsdatensatz wird von der Krankenkasse ins System übernommen, geprüft, **genehmigt** und ein **neuer** Antwortdatensatz wird erstellt.

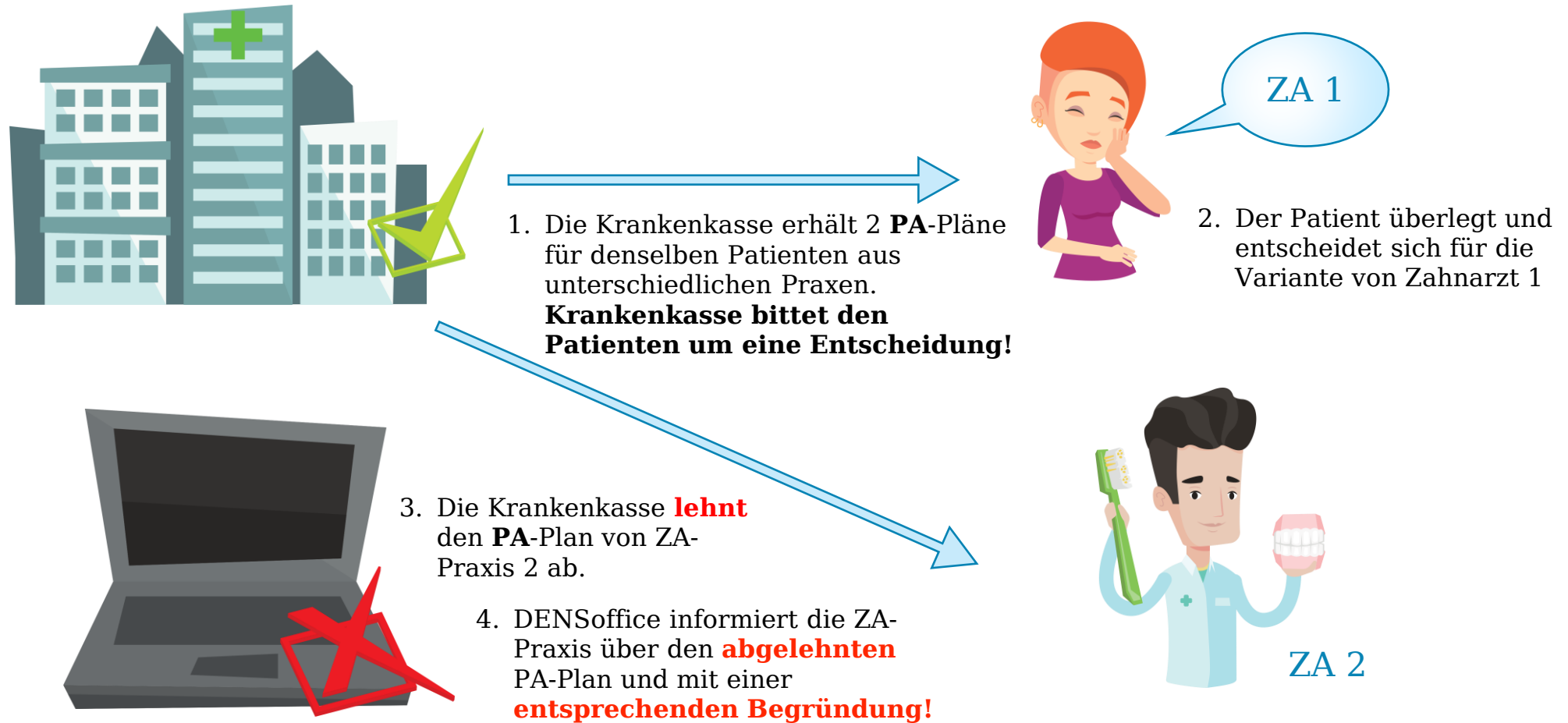


4. Der **geändert genehmigte** Antragsdatensatz der Krankenkasse wird in die ZA-Praxis zurückgeschickt. Gleichzeitig erhält der **alte Antragsdatensatz** ein **Ende-Datum**.

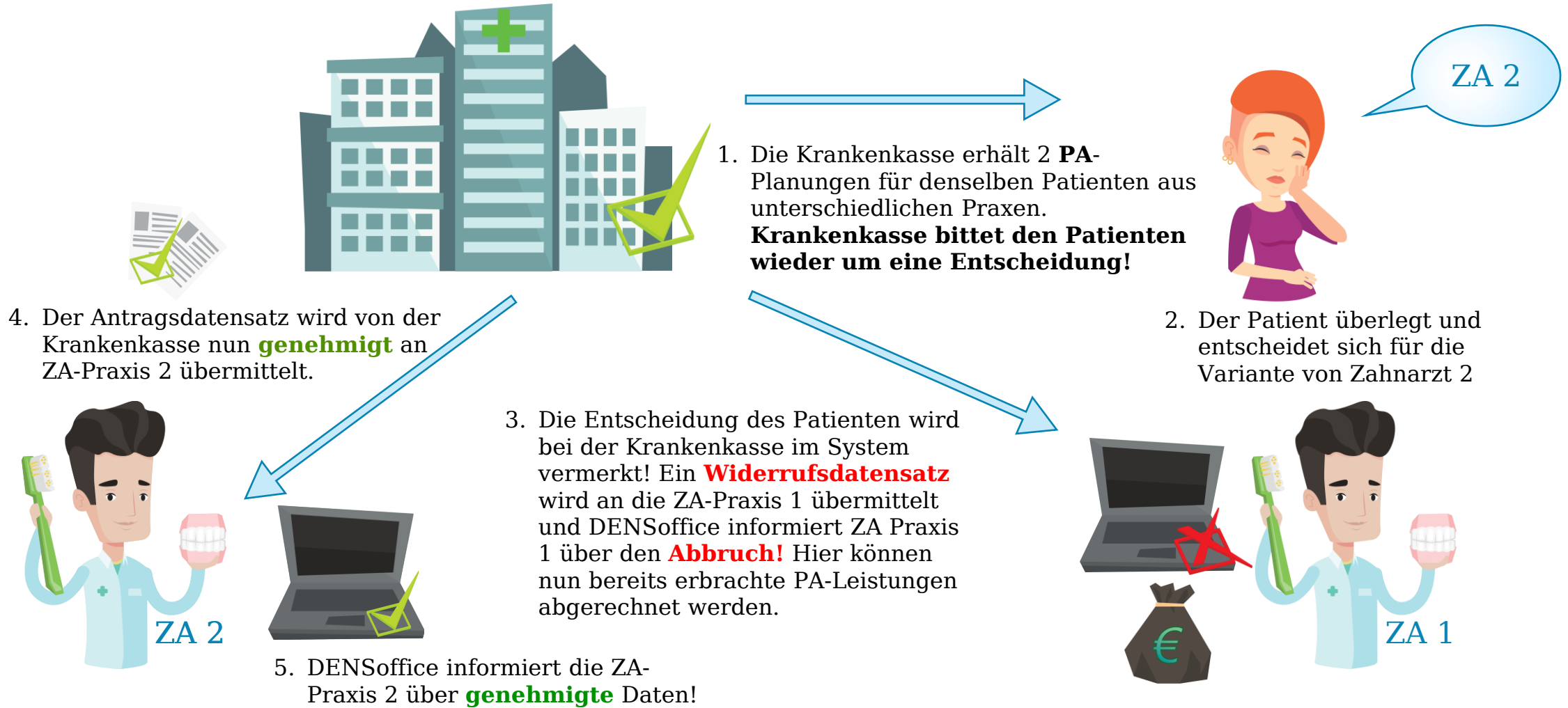
5. DENSoffice informiert die ZA-Praxis über **genehmigte** Daten!



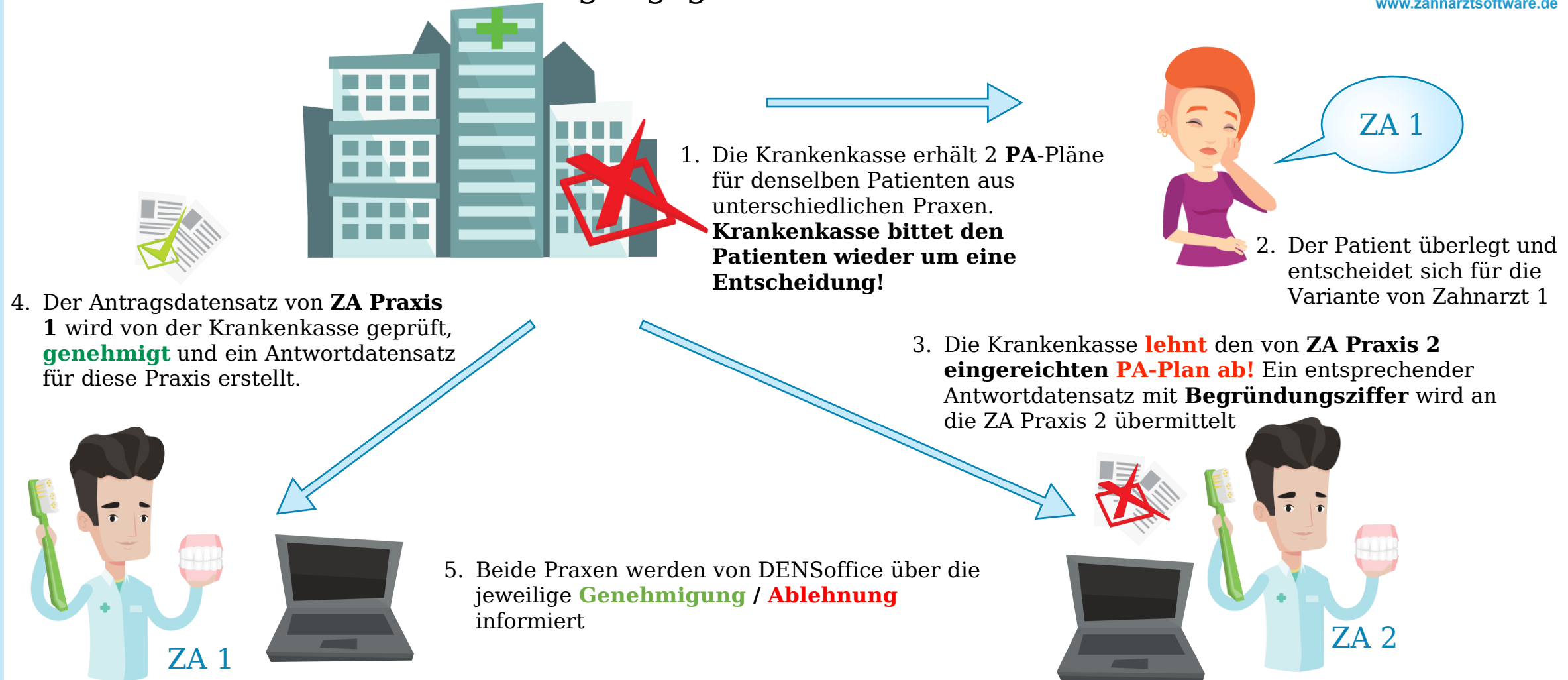
5. **PA-Plan** liegt der Krankenkasse **genehmigt** von Zahnarzt 1 vor. Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten einen PA-Plan ein. Der Patient entscheidet sich für die Lösung von Zahnarzt1



6. **PA-Plan** liegt der Krankenkasse **genehmigt** von Zahnarzt 1 vor. Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten einen PA-Plan ein. Der Patient entscheidet sich für die Lösung von Zahnarzt 2
ACHTUNG: unerheblich ist, ob Behandlungsbeginn bei Zahnarzt 1 schon war. Die Krankenkasse kennt den Stand der Behandlungsphase nicht! Jede Praxis rechnet am Ende ihre erbrachten Leistungen ab.



7. **2 nicht genehmigte** PA-Planungen für denselben Patienten liegen der Krankenkasse im selben Versorgungsgebiet vor



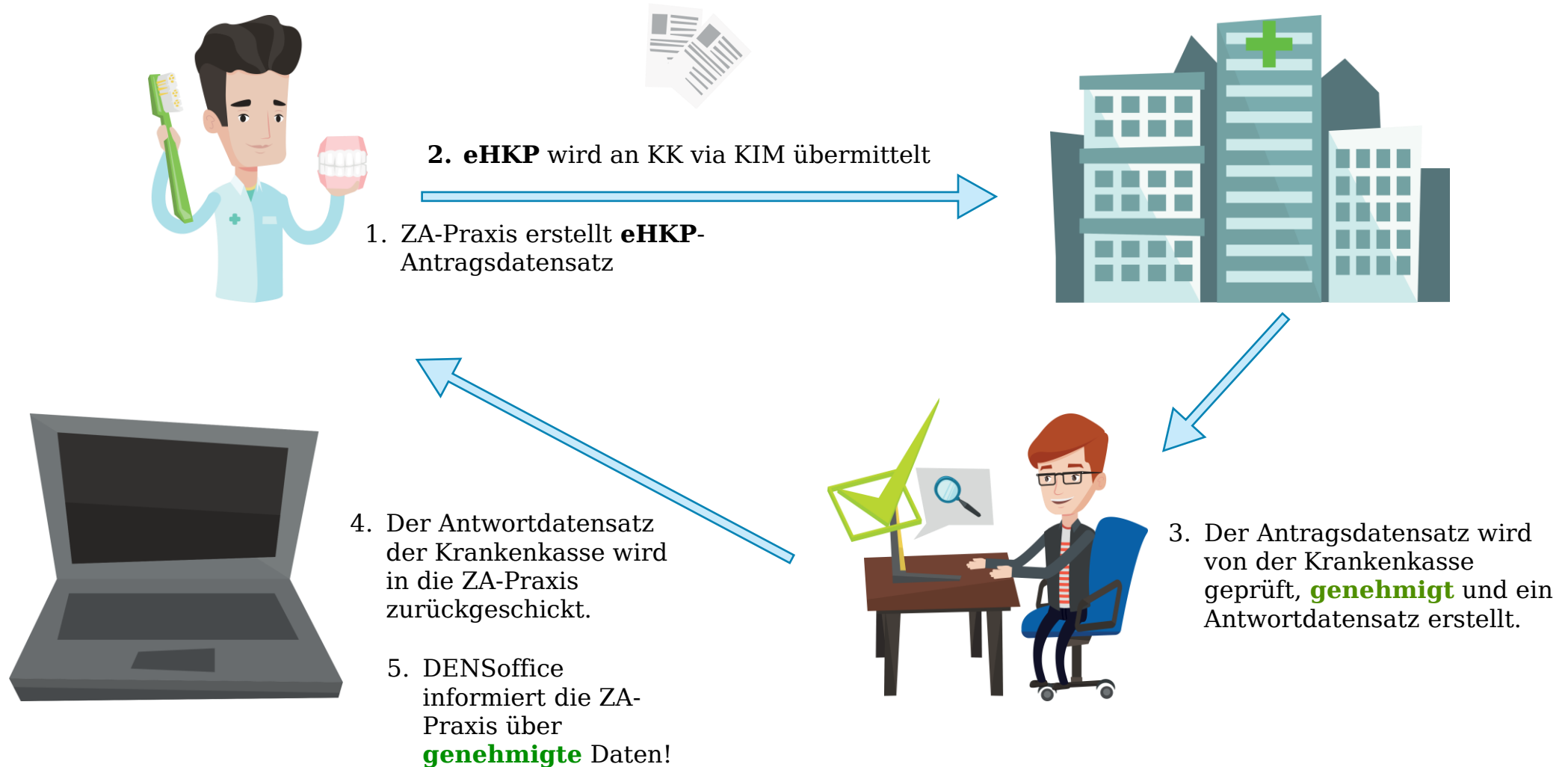
Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (ZE)

Unterschiedliche Verfahrensabläufe einfach dargestellt

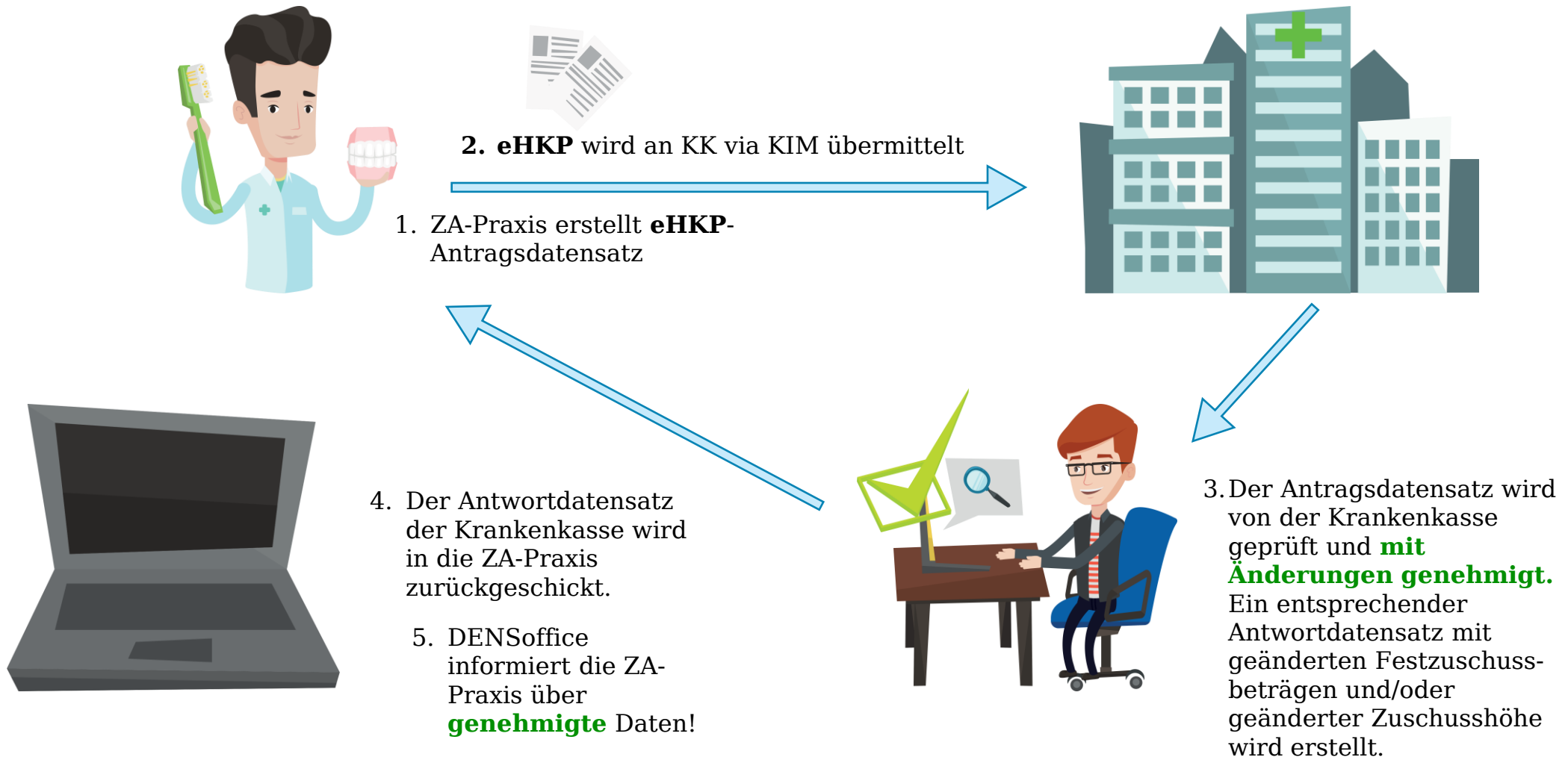
ZE - verschiedene Ablaufbeispiele

1. Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung
2. Genehmigung erfolgt mit geänderten Festzuschussbeträgen bzw. geänderter prozentualer Zuschusshöhe
3. Ablehnung durch die Krankenkasse „andere Festzuschuss-Befunde“
4. Nach Genehmigung erfolgt Änderung der Planung (z.B. Befund- oder Therapieänderung) durch den Zahnarzt
5. Verlängerung des HKP
6. Behandlung in Therapieschritten
7. Reparatur/Wiederherstellung mit Genehmigung
8. Nachträgliche Änderung der Zuschusshöhe (Bonusheft/Härtefall) durch die Krankenkasse
9. Krankenkasse liegt genehmigter HKP von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht HKP für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1
10. Krankenkasse liegt genehmigter HKP von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht HKP für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2
11. Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte HKP für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet vor

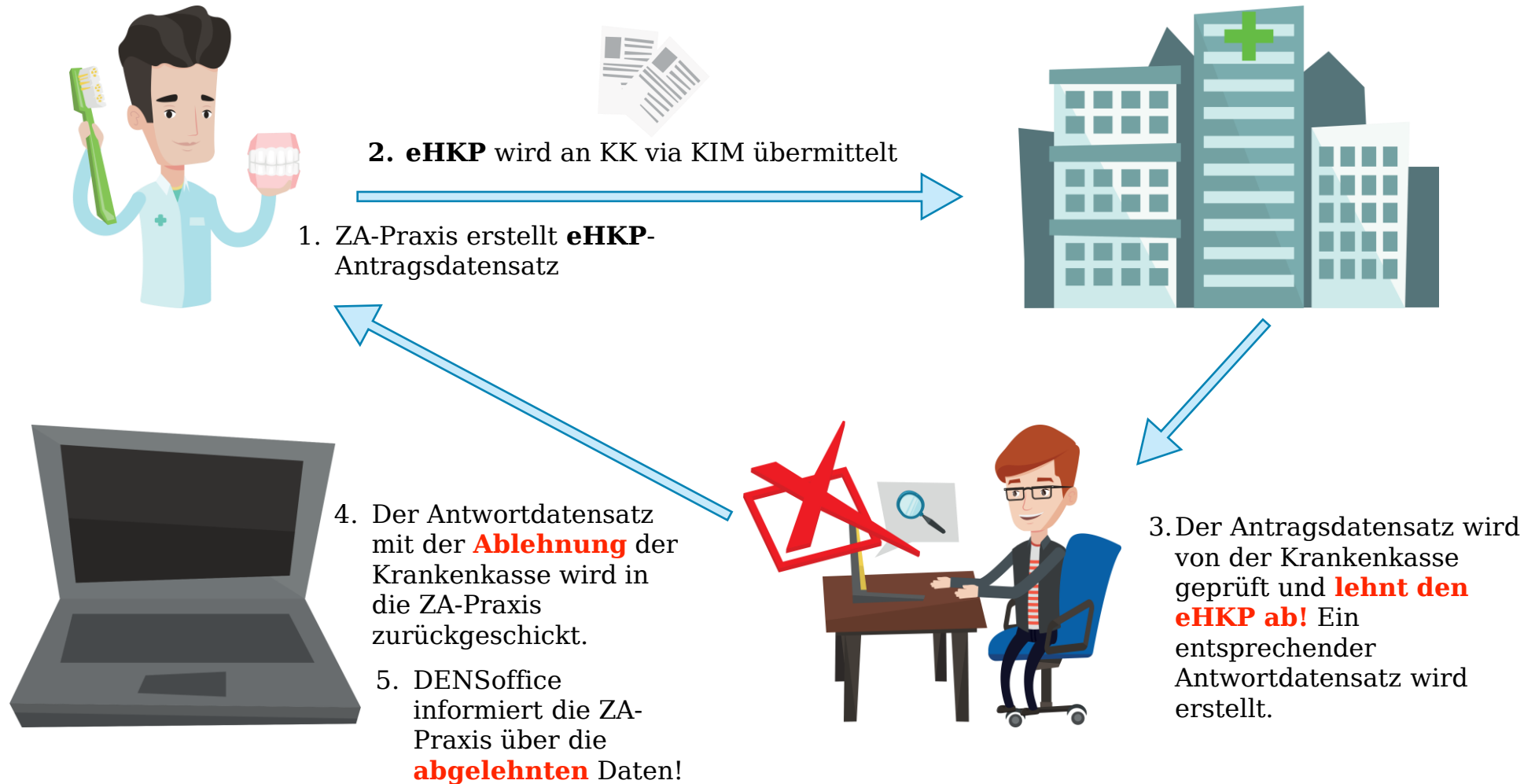
1. eHKP erstellen, versenden und **Genehmigung** erfolgt entsprechend der Beantragung



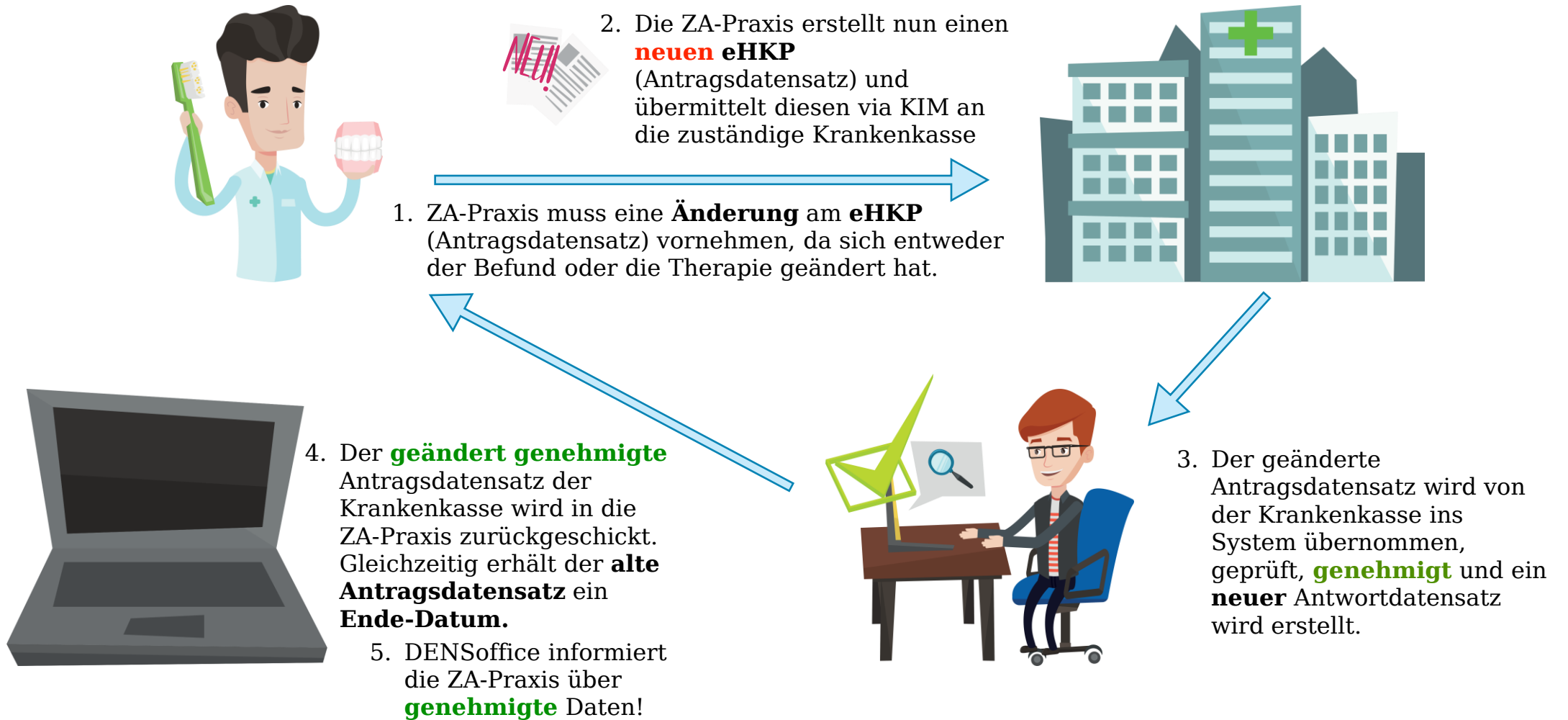
2. **eHKP** kommt mit **Genehmigung**, jedoch mit **geänderter Zuschusshöhe** und/oder **anderen Festzuschussbeträgen** von der Krankenkasse zurück in die Praxis



3. eHKP kommt mit einer **Ablehnung** der Krankenkasse zurück in die Praxis Grund: andere Befundeinstufung



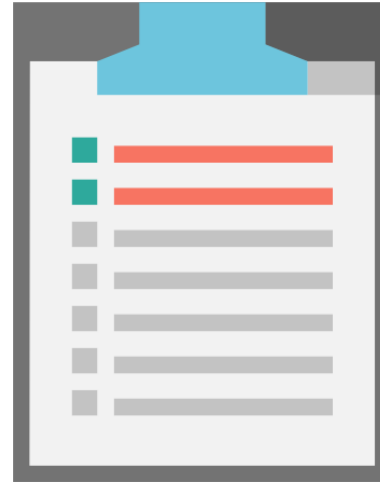
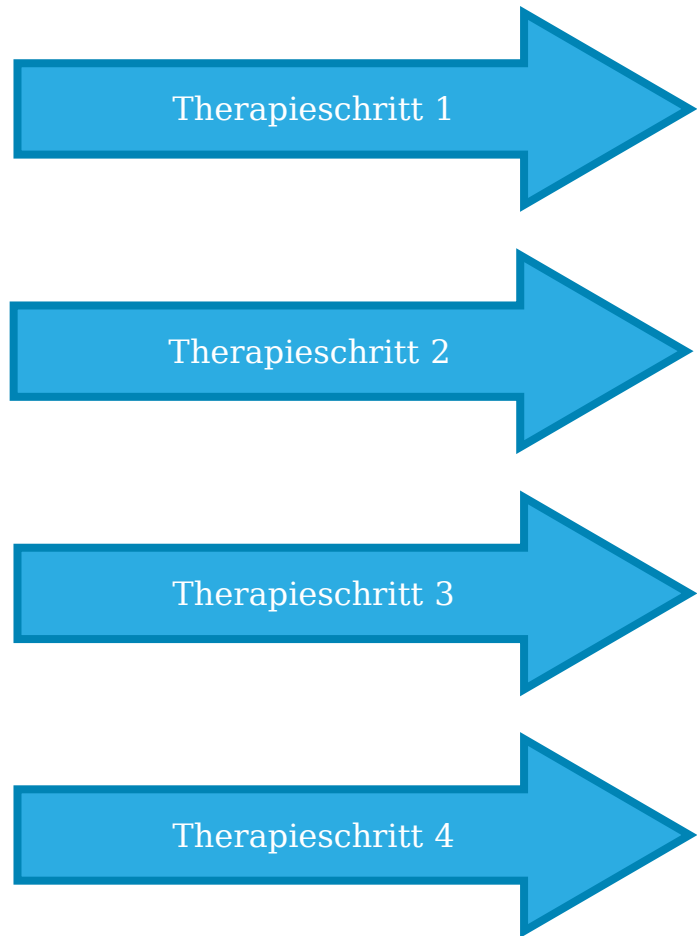
4. **eHKP** kommt mit **Änderungsgenehmigung** von der Krankenkasse zurück in die Praxis, weil sich eine **Befund- oder Therapieveränderung** durch die ZA Praxis ergeben hat.



5. eHKP: Ein **Verlängerungsantrag** muss gestellt werden



6. eHKP: **Aufteilung** der Behandlung in **einzelne Therapieschritte**



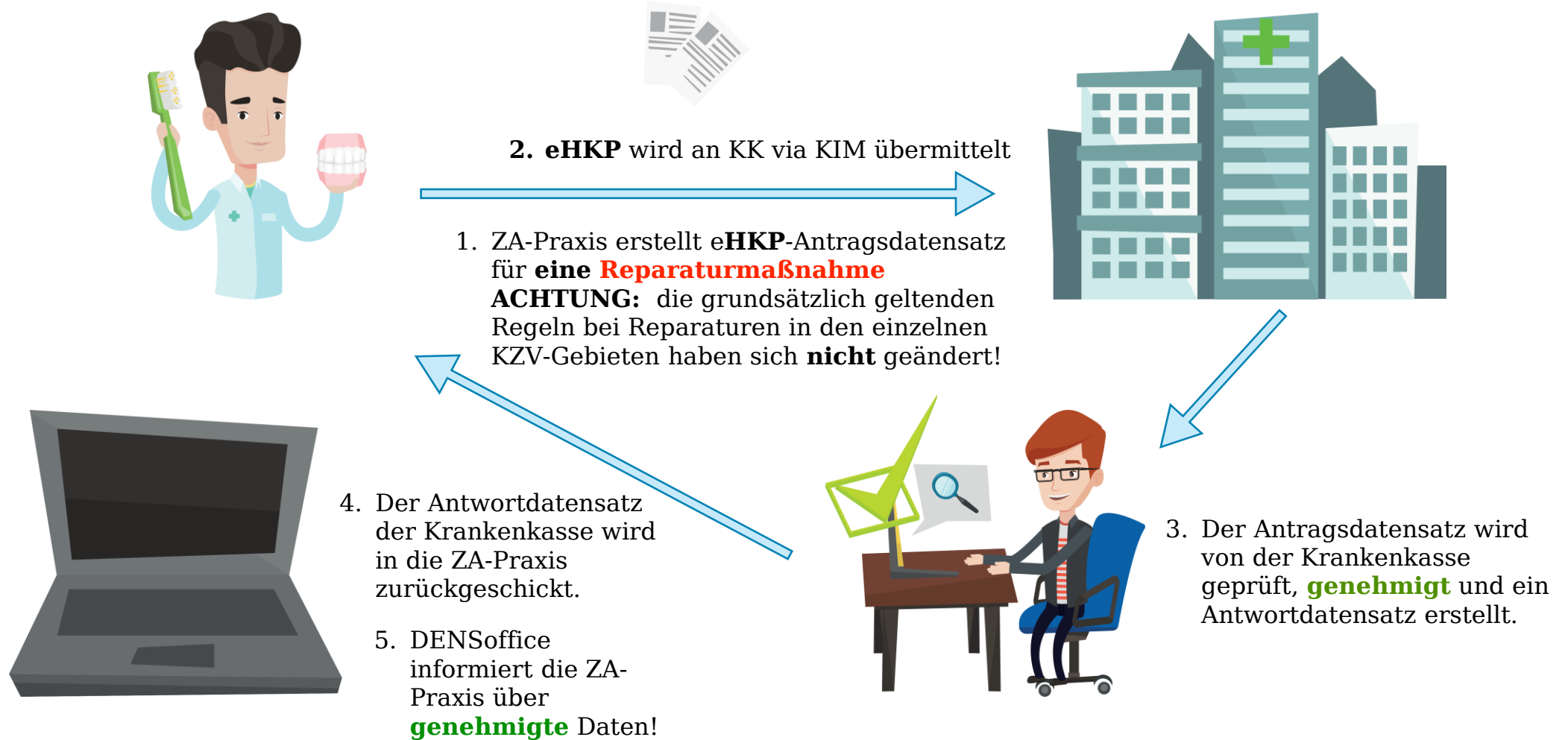
Aufgrund von Richtlinien im Festzuschussystem bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen hat die Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan voranzugehen.

Ziel ist, die Versorgung und Wiederherstellung der Kaufunktion im Sinne einer Gesamtplanung!

Da sich hier in den letzten Jahren einzelne Therapieschritte „eingeschlichen“ haben und genehmigt wurden, sind sich alle Beteiligten einig, dass es ab 01.07.22 **bis max. 4 unterschiedliche Therapieschritte** - grundsätzlich **zeitgleich** - im Sinne einer **ersichtlichen „Gesamtplanung“** geben darf.

ACHTUNG: Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

7. eHKP: **Reparaturplanung** erstellen, versenden und **Genehmigung** erfolgt entsprechend der Beantragung (Achtung KZV-Unterschiede beachten)



8. eHKP: **Änderung der Festzuschusshöhe** im Nachhinein aufgrund von Härtefall und/oder Bonusänderung durch die Krankenkasse



1. Änderungen im **eHKP** im Nachhinein durch die Krankenkasse, aufgrund von dort festgestellter anderer Zuschusshöhe oder der Feststellung eines Härtefalls



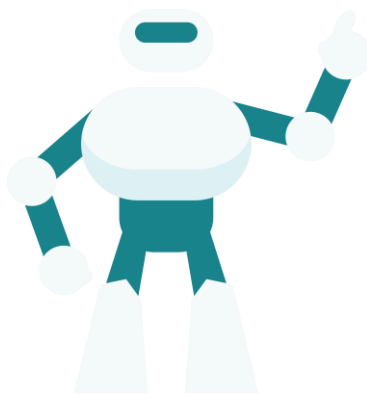
2. Die Krankenkasse nimmt die Änderung vor und übermittelt den geänderten Antwortdatensatz zum **eHKP** an die ZA-Praxis



3. DENSoffice informiert die ZA-Praxis über **geänderten** Daten!



4. Geplant ist ein Automatismus, dass die geänderten Daten später in der Praxisverwaltungssoftware im Bereich Zuschusshöhe und Änderungen in den Festzuschussbeträgen sofort ersichtlich sind.



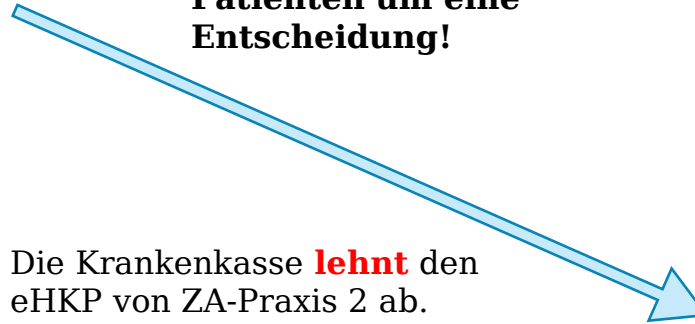
9. **eHKP** liegt der Krankenkasse **genehmigt** von Zahnarzt 1 vor. Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten einen PA-Plan ein. Der Patient entscheidet sich für die Lösung von Zahnarzt 1



1. Die Krankenkasse erhält 2 **eHKPs** für denselben Patienten aus unterschiedlichen Praxen.
Krankenkasse bittet den Patienten um eine Entscheidung!



2. Der Patient überlegt und entscheidet sich für die Variante von Zahnarzt 1

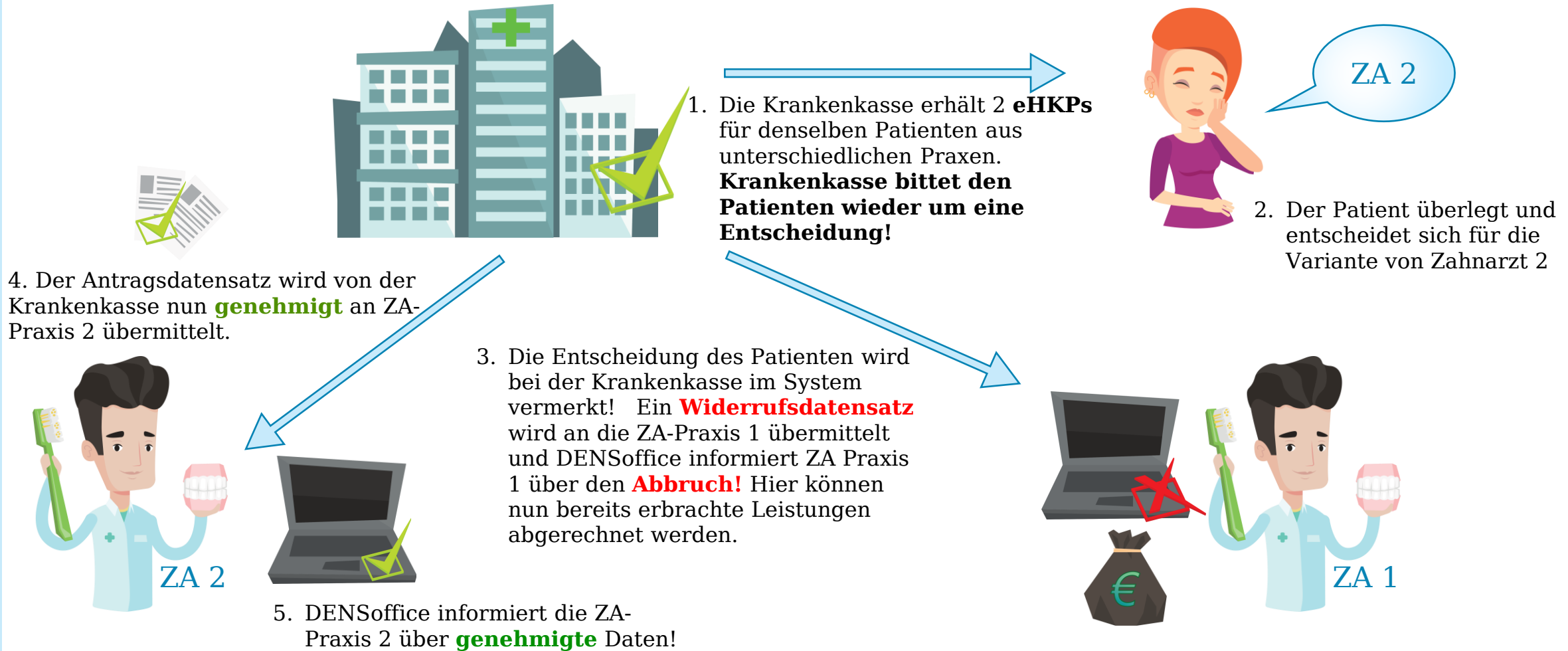


3. Die Krankenkasse **lehnt** den eHKP von ZA-Praxis 2 ab.

4. DENSoffice informiert die ZA-Praxis über den **abgelehnten eHKP** und mit einer **entsprechenden Begründung!**



10. **eHKP** liegt der Krankenkasse **genehmigt** von Zahnarzt 1 vor. Zahnarzt 2 reicht für denselben Patienten einen PA-Plan ein. Der Patient entscheidet sich für die Lösung von Zahnarzt 2
ACHTUNG: unerheblich ist, ob Behandlungsbeginn bei Zahnarzt 1 schon war. Die Krankenkasse kennt den Stand der Behandlungsphase nicht! Jede Praxis rechnet am Ende ihre erbrachten Leistungen ab.



11. 2 nicht genehmigte eHKPs für denselben Patienten liegen der Krankenkasse im selben Versorgungsgebiet vor

