

Benutzeranleitung

EBZ

**Elektronisches Beantragungsverfahren
in der Zahnmedizin für Anträge der
gesetzlichen Krankenkassen**

Stand: 5. Dezember 2022



1. Einleitung	5
1.1 Wichtige Informationen	5
1.1.1 Wann einen Antrag nach EBZ erstellen?	5
1.2 Voraussetzungen zur Nutzung von EBZ	6
2. EBZ-Freischtaltung	7
2.1 So schalten Sie das EBZ-Modul in Express frei	7
3. Elektronische Anträge erstellen und senden	10
3.1 Kurzübersicht – So funktioniert die Beantragung und Genehmigung von EBZ-Plänen	10
3.2 Behandlungsplan (eAntrag) anlegen – detaillierte Erläuterungen	11
3.3 Eingabe der Plantexte erfolgt für eAnträge über Schlüsselkennzeichen	11
3.3.1 Allgemeine Erläuterungen	11
Hinweis zur Anzeige der Plantexte!	12
3.3.2 Die Eingabe der Plantexte	13
a) Tastatur- und Mauseingabe:	13
b) Zahneingabe:	14
c) mm-Angabe:	15
d) Schlüsselkennzeichen 99 (Sonstiges) - Freitexteingabe und Nutzung der Textbausteine:	16
3.4 Eingabe der zu beantragenden Abschlüsse und Leistungen	18
3.5 eAntrag senden und signieren	19
3.5.1 Mögliche Fehlermeldungen beim Senden/Drucken inkl. Lösungen	262
3.5.2 Archivieren und Drucken des EBZ-Antrages	266
3.6 Rückmeldungen der Krankenkassen (Genehmigung, Ablehnung etc.)	28
Über neue Antworten werden Sie im Express-Programm auf zwei Wegen informiert	28
3.6.1 Programmauswahl - Schaltfläche eAntrag Meldungen anzeigen	28
3.6.2 Anzeige der Antwort beim Plan des Patienten	29
a) Button zur Kenntnis genommen und Meldung bestätigen	30
b) Benutzerschutz (EBZ-Meldungen)	30
3.6.3 Folgende Antworten sind derzeit möglich:	30
– Genehmigung	30
– Ablehnung (Plan-Status)	31
– Das müssen Sie beachten, wenn ein Plan abgelehnt wurde:	32
3.6.4 Ist der Antrag bei der Kasse angekommen? – So erkennen Sie es	32

Inhaltsverzeichnis

3.7	Verlängerungen	34
3.8	Therapieänderungen – Neue Regelung!!	34
3.8.1	Therapieänderung über die Patientenakte erstellen – zurzeit nicht möglich	36
3.8.2	Verlängerung und Therapieänderung -> Anamnese-Plantext nicht zulässig	36
3.9	Nachträge	37
3.10	Mitteilungen zur Behandlung	38
	(KIG-Ausgrenzung, unplanmäßiger Verlauf, Abschluss, Abbruch und Wiederaufnahme)	38
3.10.1	Besonderheiten der einzelnen Mitteilungen	39
	a) Behandlungsabschluss	39
	b) Unplanmäßiger Behandlungsverlauf [mit Begründung]	40
	c) Behandlungsabbruch [mit Begründung]	40
	d) KIG (Einstufung zu gering für Kassenbehandlung)	41
	e) Wiederaufnahme der Behandlung	41
3.11	Unfall-Kennzeichen setzen	42
4. Nach dem Senden darf nicht mehr geändert und gelöscht werden!!		43
5. Bildschirmanzeigen zum Ist-Zustandes eines Planes		44
5.1	Plan wurde geschrieben, aber noch nicht gesendet	44
5.2	Plan wurde geschrieben und gesendet	44
5.3	Plan wurde genehmigt	45
5.4	Plan wurde abgelehnt	45
5.5	Plan per Papier gesendet (Pläne vor EBZ-Aktivierung u. Sonstige Kostenträger)	45
6. Arztbriefe und das neue Format der Plantexte		46
7. Informationen zu Planungs-Entwürfe		47
8. Rezeption - Kassenwechsel		48

9. Kiefergelenkerkrankungen/Kieferbruch	49
9.1 Einleitung	49
9.2 So funktioniert die Beantragung (KGL/KBR)	49
9.2.1 Baustein anlegen	51
9.2.2 Hinweis zur Eingabe der K4 (= Semipermanente Schienung):	51
9.3 eAntrag (KGL/KBR) senden	52
9.4 eAntrag (KGL/KBR) abrechnen	54
a) Neu: geplante und nachträgliche Leistungen	54
b) Plan abgerechnet – Drucken ja/nein?	55
10. Sonstiges	56
10.1 Planungsschablonen	56
10.2 Planungsentwürfe (Kasse) – wichtige Hinweise	56
10.3 Privatpläne	56
11. Das kommt noch	57
11.1 Hinweis zum Speichern von Protokolltexte in der Patientenakte	57
12. Was sind Stylesheets?	58

1.1 Wichtige Informationen

1.1.1 Wann einen Antrag nach EBZ erstellen?

Sobald das elektronische Beantragungsverfahren (EBZ) in Ihrer Praxis aktiv ist, sollen alle neuen Behandlungspläne nach dem EBZ-Verfahren erstellt werden.

Ausnahmen bilden hier nur Patienten der Sonstigen Kostenträger. Für diese Patientengruppen ist das EBZ-Verfahren nicht vorgesehen. Die Anträge werden wie bisher über den Formulardruck erstellt.

Es ist nicht zulässig, einen Antrag einmal per EBZ und zusätzlich über das alte Plan-Formular bei einer Krankenkasse einzureichen.

Sollte es in Ausnahmefällen aus technischen Gründen nicht möglich sein, einen Antrag elektronischen einzureichen, erfolgt ein Ausdruck auf Blankopapier nach EBZ-Vorgaben (= Stylesheet). Den Ausdruck können Sie zur Genehmigung per Papier bei der Krankenkasse einreichen.

1. Einleitung

1.2 Voraussetzungen zur Nutzung von EBZ

Für die Nutzung des elektronische Beantragungsverfahrens (EBZ), müssen in Ihrer Praxis folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

	Beschreibung	Erledigt?
1.	<p>Jeder Arzt (= Mandant), für den in Ihrer Praxis Versichertenkarten eingelesen werden, verfügt über einen Heilberufsausweis (eHBA).</p> <p>Die dazugehörige PIN-Nummer für die Signatur (QES) ist Ihnen bekannt.</p> <p>Der Heilberufsausweis ist für die elektronische Signatur der EBZ-Anträge erforderlich.</p> <p>Informationen zum eHBA erhalten Sie hier: https://www.dental-vision.de/component/phocadownload/category/9-anleitungen-rund-um-die-ti</p> <p>Hinweis zum Signieren der Anträge: Um einen Antrag elektronisch an die Krankenkasse zu übertragen, muss der Antrag beim Senden elektronisch signiert werden.</p> <p>Zum Signieren haben Sie zwei Möglichkeiten:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Die Direktsignatur (siehe Kapitel 3.5) In diesem Fall geben Sie bei jedem Sendevorgang Ihre QES-PIN ein.2. Die Komfortsignatur Mithilfe der Komfortsignatur schalten Sie den QES-PIN für eine bestimmte Anzahl von Signaturen und ein bestimmtes Zeitlimit frei. Durch diese Freischaltung entfällt für Sie die PIN-Eingabe bei jedem einzelnen Sendeauftrag.<p>Die Komfortsignatur können Sie nutzen, wenn Sie das Modul Komfortsignatur erworben haben.</p><p>Nutzen Sie hierfür bitte unsere Anleitung „Komfortsignatur“. Diese können Sie über die Internetseite https://www.dental-vision.de/service/anleitungen-ti downloaden.</p>	<input type="checkbox"/>
2.	<p>easyTI und KIM sind installiert. (Informationen zu easyTi und KIM erhalten Sie hier: https://www.dental-vision.de/component/phocadownload/category/9-anleitungen-rund-um-die-ti)</p>	<input type="checkbox"/>
3.	<p>Das Update 8.79.0.3 muss installiert sein.</p>	<input type="checkbox"/>
3.	<p>Das EBZ-Modul muss freigeschaltet sein.</p>	<input type="checkbox"/>

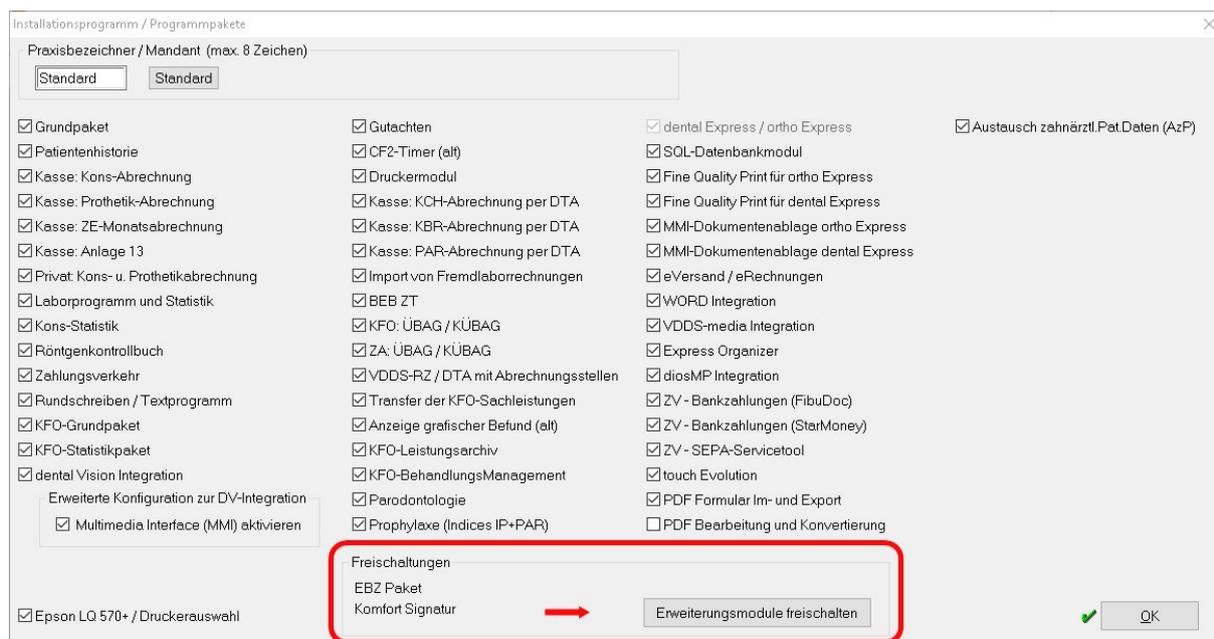
2. EBZ-Freischaltung

2.1 So schalten Sie das EBZ-Modul in Express frei

Aufgrund Ihrer Bestellung des EBZ-Moduls haben Sie von uns per E-Mail einen Freischaltcode erhalten.

Nachdem Sie ein Update ab Version 8.79.0 installiert haben, müssen Sie den Freischaltcode einmalig an einem beliebigen Arbeitsplatz über diese Schritte eingeben:

1. Wählen Sie in der Express-Programmauswahl unter |Sonstiges| die |Installationsdaten| an.
2. Klicken Sie anschließend in der Menüauswahl auf |Software/Hardware| und öffnen Sie die Funktion |Software-Konfiguration|.
3. Bei der Kennwort-Abfrage müssen Sie **schilling** eingeben.
4. Sie erhalten eine Anzeige der möglichen Programmmodule. Aktiv sind die Module, die Sie bei uns erworben haben. Die vorgegebenen Häkchen bleiben unverändert!
5. Für das Freischalten des EBZ-Moduls müssen Sie unten auf |Erweiterungsmodule freischalten| klicken:



2. EBZ-Freischaltung

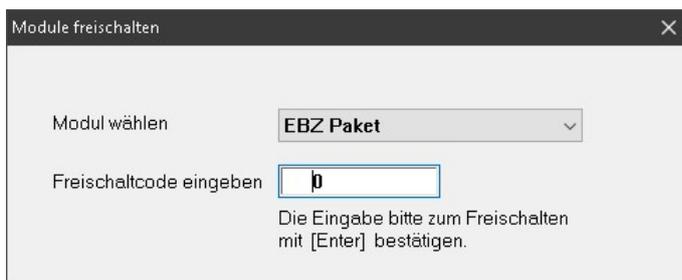
6. Das Fenster |Module freischalten| wird geöffnet.

7. Klicken Sie mit der linken Maustaste in das erste Feld |Modul wählen|.

8. Markieren Sie in der nun erscheinenden Auswahlliste das Modul |EBZ Paket|:



9. Anschließend geben Sie im unteren Feld den Freischaltcode ein, den Sie von uns per E-Mail erhalten haben.



10. Die Eingabe müssen Sie mit |Enter| bestätigen.

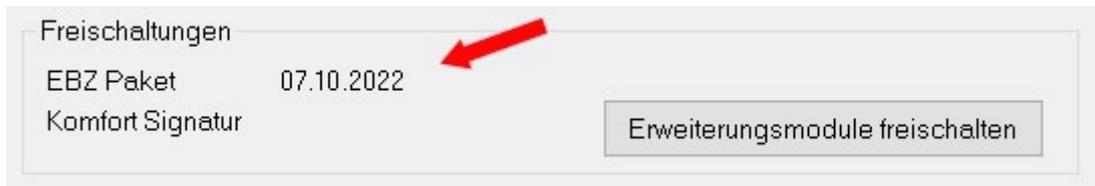
11. Bei korrekter Eingabe erhalten Sie folgende Bestätigung:



12. Bestätigen Sie den Hinweis und schließen Sie das Fenster |Modul freischalten| über |X|.

2. EBZ-Freischaltung

13. Das Freischaltdatum wird angezeigt und durch diese Anzeige wird zusätzlich bestätigt, dass die Freischaltung erfolgreich war:



14. Über |X| schließend Sie die Programmfunktionen und verlassen die Installationsdaten.

Haben Sie EBZ freigeschaltet, werden in Zukunft alle neuen Anträge als EBZ-Anträge erstellt (Ausnahme: Sonstige Kostenträger).

Ab Kapitel 3 wird beschrieben, wie die EBZ-Anträge (= eAnträge) erstellt werden.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

3.1 Kurzübersicht – So funktioniert die Beantragung und Genehmigung von EBZ-Plänen

- Sie erstellen einen Behandlungsplan mit dem neuen Format der Plantexte.

- In der |Druckauswahl| wählen Sie die Funktion |Drucken| an.

- Hier klicken Sie auf |eAntrag senden|, um ihn elektronisch an die Krankenkasse zu übertragen.

- Mit dem Klick auf |Senden| wird der EBZ-Plan (eAntrag) durch den gesteckten eHBA und der Direkteingabe des PINs oder der Komfortsignatur signiert.

- Direkt danach wird der Antrag automatisch über die Telematikinfrastruktur (TI) sicher an die zuständige Krankenkasse übertragen.

- Die Krankenkasse prüft den Plan und sendet Ihnen eine elektronische Antwort (Genehmigung, Ablehnung oder Gutachterhinweise).

- Die elektronische Antwort wird beim Plan des entsprechenden Patienten hinterlegt und wird Ihnen am Bildschirm angezeigt, sobald Sie den Patienten in der Planung oder in der Akte öffnen.

Auf den nächsten Seiten erhalten Sie eine ausführliche Beschreibung zu den einzelnen Themen und Funktionen.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

3.2 Behandlungsplan (eAntrag) anlegen – detaillierte Erläuterungen

Das Anlegen eines eAntrags (Behandlungsplan) erfolgt über das Programm |Planung| oder über die |Patientenakte| -> |Planung|.

Haben Sie einen Kassenpatienten angewählt, für den der Behandlungsplan angelegt werden soll, geben Sie als erstes den KIG-Wert über das KIG-Schema ein.

Anschließend folgt die Eingabe der Plantexte und der zu beantragenden Leistungen.

3.3 Eingabe der Plantexte erfolgt für eAnträge über Schlüsselkennzeichen

3.3.1 Allgemeine Erläuterungen

Damit die Krankenkassen beim Empfang des eAntrags die Plantexte digital zuordnen können, wurden von den GKV-Verbänden und der KZBV eine Struktur mit fest vorgegebenen Schlüsselkennzeichen für die Plantexte geschaffen.

Für die Eingabe dieser Schlüsselkennzeichen wurde die Plantexteingabe im Express-Programm entsprechend strukturiert. Die Eingabe von Freitexten ist zusätzlich weiterhin möglich.

Klicken Sie auf |Plantexte|, wird automatisch die Registerkarte für den Anamnese-Text geöffnet.

Muster einer vorhandenen Anamnese:

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

The screenshot shows a software window with four tabs: 'Anamnese', 'Diagnose', 'Therapie', and 'Geräte'. The 'Anamnese' tab is selected and contains a text area with the following text: 'Frühes Wechselgebiss', 'Gehäuftes familiäres Vorkommen der Anomalie', 'Teilweise Entkalkung bleibender Zähne.', and 'Alle Weisheitszähne röntgenologisch sichtbar.' Below this is a list of key characters: '01 Milchgebiss', '> 02 Frühes Wechselgebiss', '03 Spätes Wechselgebiss', '04 Bleibendes Gebiss', '05 Kieferorthopädisch vorbehandelt', '06 Zustand nach Trauma der Zähne [Zahngabe]', '07 Metall-/Kunststoffallergie', '> 08 Gehäuftes familiäres Vorkommen der Anomalie', and '> 99 Sonstiges'. To the right, there is a 'KFO-Behandlungsplan' section with fields for 'Antrag vom / A5', 'Modell-Nr', and 'Info', and buttons for 'Anamnese aufrufen', 'KBM - To Do', and 'KBM - Info'. At the bottom right, there are 'OK' and 'Abbrechen' buttons.

Über die Registerkarten ① wechseln Sie in die einzelnen Plantextbereiche.

Die Eingabe der Plantexte nehmen Sie im unteren Fenster ② vor.

Die vorgegebenen Schlüsselkennzeichen 01-98 sind für alle Bereiche (Anamnese, Diagnose, Therapie und Geräte) unterschiedlich.

Bei der Eingabe der Texte werden automatisch für jeden Bereich nur die Kennzeichen zur Auswahl angeboten, die zulässig sind.

Für jeden Bereich ist es möglich, über das Kennzeichen 99 (= Sonstiges) Freitext einzugeben. Hier können Sie auch Ihre Textbausteine nutzen.

Haben Sie Texte zugeordnet, werden dieses im oberen grauen Bereich ③ für die entsprechende Registerkarte und ggf. Unterrubrik (OK/UK/BISS) zusammengefasst.

Hinweis zur Anzeige der Plantexte!

Durch die neue Strukturierung der Plantexte wurde das Format geändert und der Umfang wurde erweitert. Aufgrund des erweiterten Umfangs ist es für eAnträge nicht möglich, alle Plantexte gemeinsam am Bildschirm anzuzeigen. Für die komplette Anzeige können Sie über das Drucken des Antrages die Druckvorschau des Stylesheets nutzen.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

3.3.2 Die Eingabe der Plantexte

Innerhalb der Plantexte für Diagnose und Therapie gibt es für OK, UK und Bisslage getrennte Eingabefelder.

Sollten Sie bisher die Texte mit der Kennung OK, UK und Biss eingegeben haben, ist diese Kennzeichnung nicht mehr erforderlich.

Anhand der Schlüsselkennzeichen für die „Diagnose Bisslage“ wird nachfolgend die Plantexteingabe erläutert.

Die Texteingabe wird aktiv, wenn Sie unter der |Registerkarte Diagnose| in das graue Feld der |Diagnose Bisslage| klicken:

The screenshot shows a software interface with four tabs: 'Anamnese', 'Diagnose', 'Therapie', and 'Geräte'. The 'Diagnose' tab is active. It contains three input fields:

- Diagnose Oberkiefer**: An empty text input field.
- Diagnose Unterkiefer**: An empty text input field.
- Diagnose Bisslage**: A greyed-out text input field containing a list of 12 key codes for bite diagnosis.

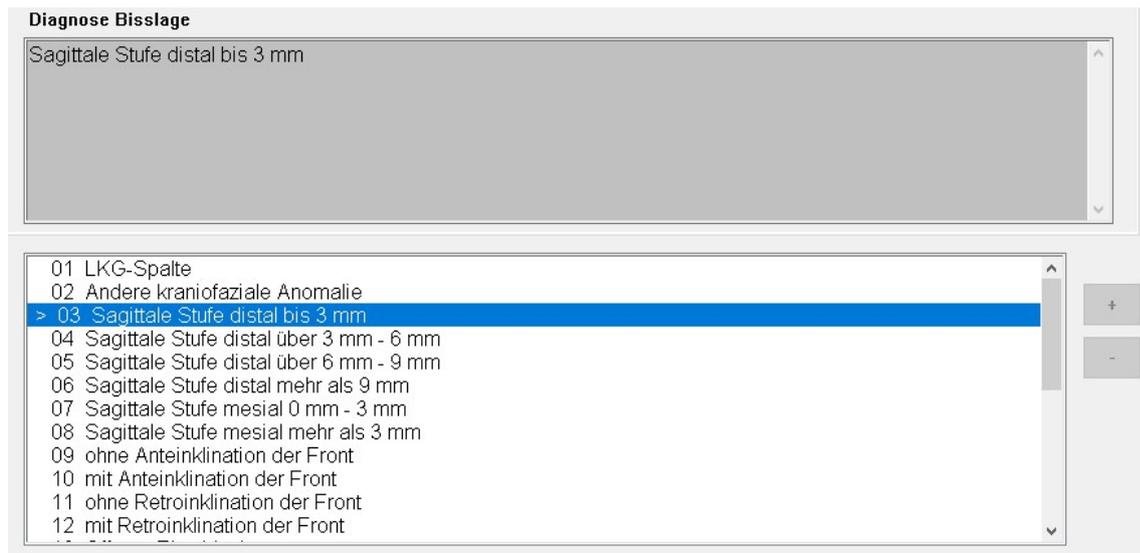
The list of key codes is:

- 01 LKG-Spalte
- 02 Andere kraniofaziale Anomalie
- 03 Sagittale Stufe distal bis 3 mm
- 04 Sagittale Stufe distal über 3 mm - 6 mm
- 05 Sagittale Stufe distal über 6 mm - 9 mm
- 06 Sagittale Stufe distal mehr als 9 mm
- 07 Sagittale Stufe mesial 0 mm - 3 mm
- 08 Sagittale Stufe mesial mehr als 3 mm
- 09 ohne Anteinklination der Front
- 10 mit Anteinklination der Front
- 11 ohne Retroinklination der Front
- 12 mit Retroinklination der Front

a) Tastatur- und Mausenutzung:

Per Klick können Sie anschließend im Eingabefeld die erforderlichen Plantexte auswählen:

3. Elektronische Anträge erstellen und senden



Durch den Klick wird der gewählte Text (Schlüsselkennzeichen) mit einem „>“ markiert und zusätzlich in das graue Fenster für die Zusammenstellung übernommen.

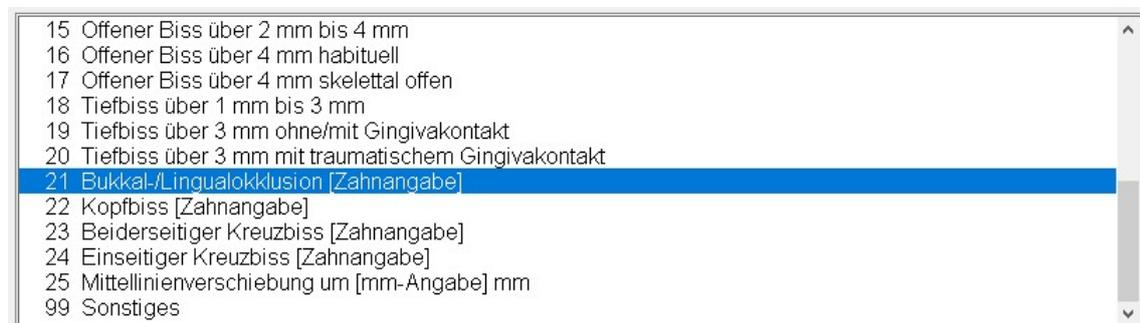
Klicken Sie erneut, können Sie einen markierten Text wieder abwählen.

Statt Mausklick können Sie auch die Cursor-Pfeile nutzen und mit |Enter| einen Text übernehmen.

Zum Blättern in den vorhandenen Schlüsselkennzeichen stehen Ihnen die Cursor-Pfeile, die Tasten für Bild nach unten/oben und das Mausehrädchen zur Verfügung.

b) Zahneingabe:

Bei einigen Schlüsselkennzeichen ist die Angabe einer Zahnnummer erforderlich:



Übernehmen Sie einer dieser Kennzeichen, wird automatisch ein Fenster zur Zahnwahl geöffnet.

In diesem Fenster wählen Sie per Einfachklick den gewünschten Zahn bzw. die gewünschten Zähne aus:

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

Eintrag bearbeiten

Zahnangabe

19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

49 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 39

36 46

mm Angabe

Sonstiges

Entfernen Eintragen Abbrechen

Ihre Auswahl wird unterhalb des Zahnschemas angezeigt.

Klicken Sie auf | Eintragen |, um die Zahnauswahl in den Plantext zu übernehmen:

Diagnose Bisslage

Sagittale Stufe distal bis 3 mm
Bukkal-/Lingualokklusion 36 46

c) mm-Angabe:

Ist bei einem Schlüsselkennzeichen zusätzlich eine mm-Angabe erforderlich, wird diese automatisch abgefragt:

Eintrag bearbeiten

Zahnangabe

19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

49 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 39

mm Angabe

1,2

Sonstiges

Entfernen Eintragen Abbrechen

Diagnose Bisslage

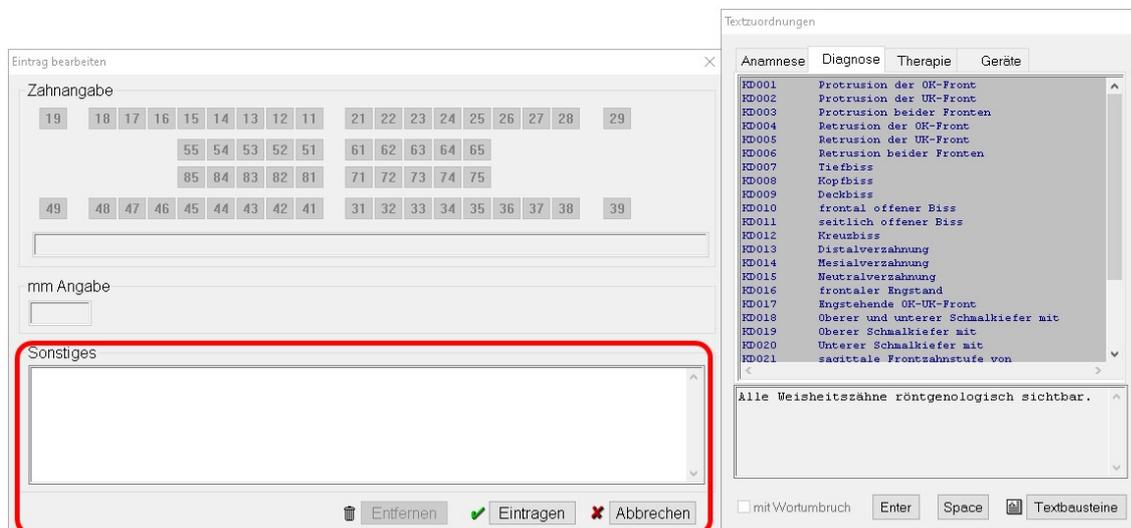
Sagittale Stufe distal bis 3 mm
Bukkal-/Lingualokklusion 36 46

- 15 Offener Biss über 2 mm bis 4 mm
- 16 Offener Biss über 4 mm habituell
- 17 Offener Biss über 4 mm skelettal offen
- 18 Tiefbiss über 1 mm bis 3 mm
- 19 Tiefbiss über 3 mm ohne/mit Gingivakontakt
- 20 Tiefbiss über 3 mm mit traumatischem Gingivakontakt
- > 21 Bukkal-/Lingualokklusion [Zahnangabe]
- 22 Kopfbiss [Zahnangabe]
- 23 Beidseitiger Kreuzbiss [Zahnangabe]
- 24 Einseitiger Kreuzbiss [Zahnangabe]
- 25 Mittellinienverschiebung um [mm-Angabe] mm
- 99 Sonstiges

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

d) Schlüsselkennzeichen 99 (Sonstiges) - Freitexteingabe und Nutzung der Textbausteine:

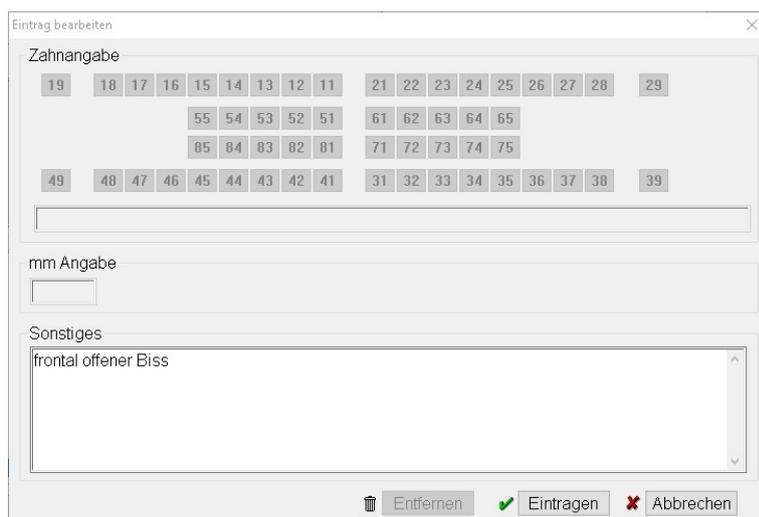
Wählen Sie |Sonstiges|, öffnet das Programm die Freitexteingabe:



Im Feld |Sonstiges| können Sie über die Tastatur freien Text eingeben und über das rechte Fenster können Sie Ihre Textbausteine nutzen.

So wie es Ihnen aus der Planung bekannt ist, werden automatisch nur die Textbausteine angezeigt, die der entsprechenden Rubrik zugeordnet sind. In unserem Beispiel sind es die Diagnosetexte.

Wählen Sie den gewünschten Text per Doppelklick an, wird der Text in das Feld |Sonstiges| übernommen:



Auf diesem Weg können Sie Ihrer Textbausteine eingeben und freien Text. Diese Texte werden so an die Kasse übertragen, wie Sie sie erfasst haben.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

Hinweis:

Haben Sie Ihre Textbausteine z. B. mit den Zusätzen OK, UK oder BISS angelegt, empfehlen wir Ihnen, diese Zusätze bei den eAnträge nicht zu übernehmen. Durch die neue Aufteilung sind die Zuordnungen OK/UK und Biss bereits vorhanden.

Löschen können Sie Texte, indem Sie den Text markieren und die Taste |Entf| drücken. Wurden die Texte zwischenzeitlich gespeichert, ist in dieser Anzeige das Löschen auch über den Button |Entfernen| möglich.

Information:

Der Inhalt und die Nummerierung der Schlüsselkennzeichen entsprechen den gesetzlichen Vorgaben. In dem Bereich 01 – 98 können von Ihnen und von uns keine Änderungen vorgenommen werden.

Über das Kennzeichen |99 Sonstiges| können Sie Freitext eingeben und individuelle Textbausteine nutzen.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

3.4 Eingabe der zu beantragenden Abschlüsse und Leistungen

Die Eingabe der Abschlüsse und Leistungen hat sich nicht geändert.

Sie nehmen weiterhin die Angaben im Bewertungsschema vor und geben anschließend die Leistungen, die voraus. Material- und Laborkosten und die voraussichtliche Dauer ein.

Achtung:

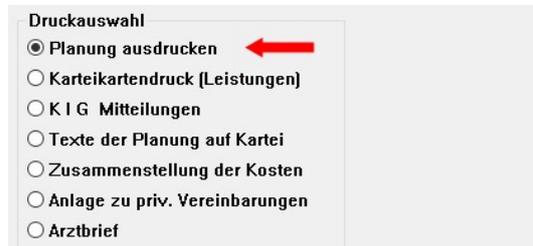
Über das Feld |Sonstiges| dürfen bei den eAnträgen nur noch kieferorthopädische Leistungen beantragt werden. Leistungen wie z. B. Ä1 und 01 dürfen nicht angegeben werden.

Werden Leistungen beantragt, die nicht im Bema-Teil 3 (= KFO) enthalten sind oder die nicht beantragungspflichtig sind, ist das Senden des Antrages nicht möglich. Sie erhalten vor dem Senden einen Hinweis und können die beantragten Leistungen korrigieren.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

3.5 eAntrag senden und signieren

1. Haben Sie alle Eingaben vorgenommen, wählen Sie unter der Druckauswahl die Funktion |Planung ausdrucken| an.



2. Setzen Sie anschließend bei |eAntrag senden| ein Häkchen:



Bitte beachten!

Laut gesetzlicher Vorgabe ist das Senden eines Antrages nur einmal zulässig. Nach dem Senden dürfen Sie an dem gesendeten Plan keine Änderungen mehr vornehmen.

Sind Änderung erforderlich, setzen Sie sich telefonisch mit der Krankenkasse in Verbindung oder warten die Genehmigung ab. Sobald ein Plan genehmigt ist, können Sie eine Therapieänderung erstellen.

3. Klicken Sie auf |Ausführen|, um den Sendevorgang für den Antrag zu starten.
4. Für das Senden ist Ihre elektronische Signatur erforderlich.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

Das Signieren kann per Komfortsignatur oder Direktsignatur erfolgen.

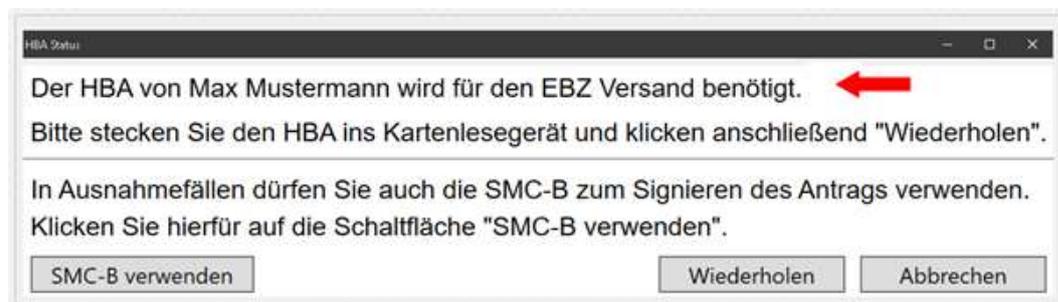
a) Komfortsignatur:

Haben Sie die Komfortsignatur aktiviert (siehe Kapitel 1.2 / Punkt 2) wird der Antrag sofort gesendet, sobald Sie auf |Ausführen| geklickt haben.

b) Direktsignatur:

Nutzen Sie die Direktsignatur, erscheint am Bildschirm die Aufforderung zur PIN-Eingabe.

Sollte Ihr HBA noch nicht gesteckt sein, erscheint vorher diese Anzeige:

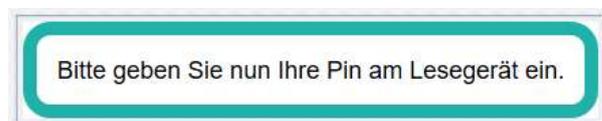


In der oberen Anzeige erhalten Sie die Information, welcher HBA benötigt wird.

Das Verwenden der SMC-B Karte ist in Ausnahmefällen gestattet. Zum Beispiel, wenn der bestellte HBA noch nicht vorliegt.

Für das Signieren über den HBA, stecken Sie den angeforderten Heilberufsausweis in das Lesegerät und klicken auf |Wiederholen|.

Am Bildschirm erscheint die Aufforderung zur PIN-Eingabe:



5. Geben Sie am Kartenlesegerät Ihren Signatur-Pin (QES) ein.

War die Eingabe erfolgreich, wird der Antrag gesendet. Am Bildschirm erscheint eine Bestätigung:

3. Elektronische Anträge erstellen und senden



Ein Ausdruck für die Krankenkassen entfällt.
Die Antragsstellung ist abgeschlossen.

Nach dem Senden müssen Sie auf die Genehmigung bzw. auf die Antwort der Krankenkasse warten.

Hinweis:

Sollte die Übermittlung an eine Krankenkasse nicht möglich sein, weil zum Beispiel eine technische Störung vorliegt, erhalten Sie innerhalb von max. 24 Stunden über KIM eine Nachricht.

Da ein Antrag nicht erneut gesendet werden darf, müssen Sie in diesem Fall in der Planung den Antrag drucken und per Post an die Krankenkasse senden. Der Ausdruck erfolgt als Stylesheet.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

3.5.1 Mögliche Fehlermeldungen beim Senden/Drucken inkl. Lösungen

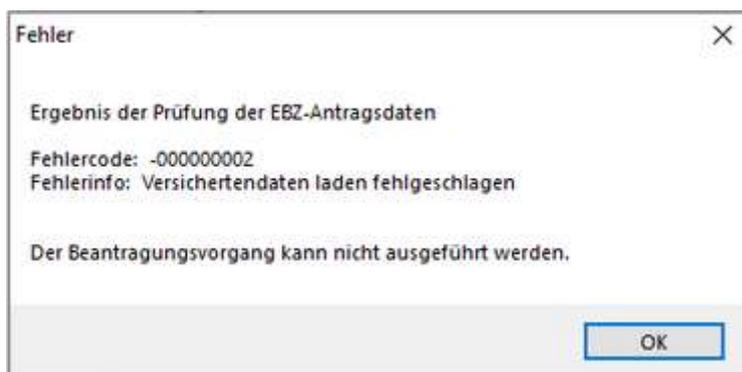
Nachfolgend werden die bisher bekannten Meldungen aufgeführt, die beim Senden oder Drucken des eAntrages erscheinen können.

Zu diesen Meldungen wird erklärt, was Sie ändern müssen, damit der Antrag gesendet beziehungsweise gedruckt werden kann.

Haben Sie die Änderung durchgeführt, können Sie anschließend den Antrag erneut senden bzw. über das EBZ-Formular den Ausdruck erstellen.

– Fehlercode – 00000002 – Versichertendatenladen fehlgeschlagen

Wenn für einen Patienten kein Versicherungsnachweis vorhanden ist (Versichertenkarte, Ersatzverfahren oder Schein), erscheint beim Senden und Drucken diese Fehlermeldung:



Sobald Sie einen Versicherungsnachweis eingegeben haben, funktioniert das Senden.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

– Die Eingabe ik_krankenkasse darf nicht kleiner als 100000000...

Der Antrag kann nicht gesendet werden, wenn diese Meldung angezeigt wird:

Ergebnisse der Eingabeprüfung

Die Eingabe ik_krankenkasse darf nicht kleiner als 100000000 und nicht größer als 109999999 sein.
Parametername: ik_krankenkasse

In diesem Fall fehlt die Information zum Institutionskennzeichen des Kostenträgers.

So können Sie das Kennzeichen erfassen:

a) Für den Patienten existiert ein eGK-Ersatzverfahren:

1. Wurde für den Patienten ein eGK-Ersatzverfahren angelegt, wählen Sie den Patienten im Programm |Rezeption| an.
2. Klicken Sie auf den Button |Karten/Ersatzverf.| und öffnen Sie das Ersatzverfahren.
3. Unter der Registerkarte |Kostenträger| müssen Sie im Feld |Kostenträger-IK| das Institutionskennzeichen eintragen:

Kostenträger

Kostenträger-IK: 105830016 Land:

Kassen-Name: DAK Gesundheit

Interne Kassen-Nr: 144

abrechnender Kostenträger

Institutionskennz.: 0 Land:

Name:

Das Institutionskennzeichen steht auf der Rückseite der Versichertenkarte und bei der zuletzt eingelesenen Karte.

Für 2023 ist in Arbeit, dass das Kennzeichen automatisch beim Anlegen des Ersatzverfahrens von der zuletzt eingelesenen Karte übernommen wird oder aus dem BKV.

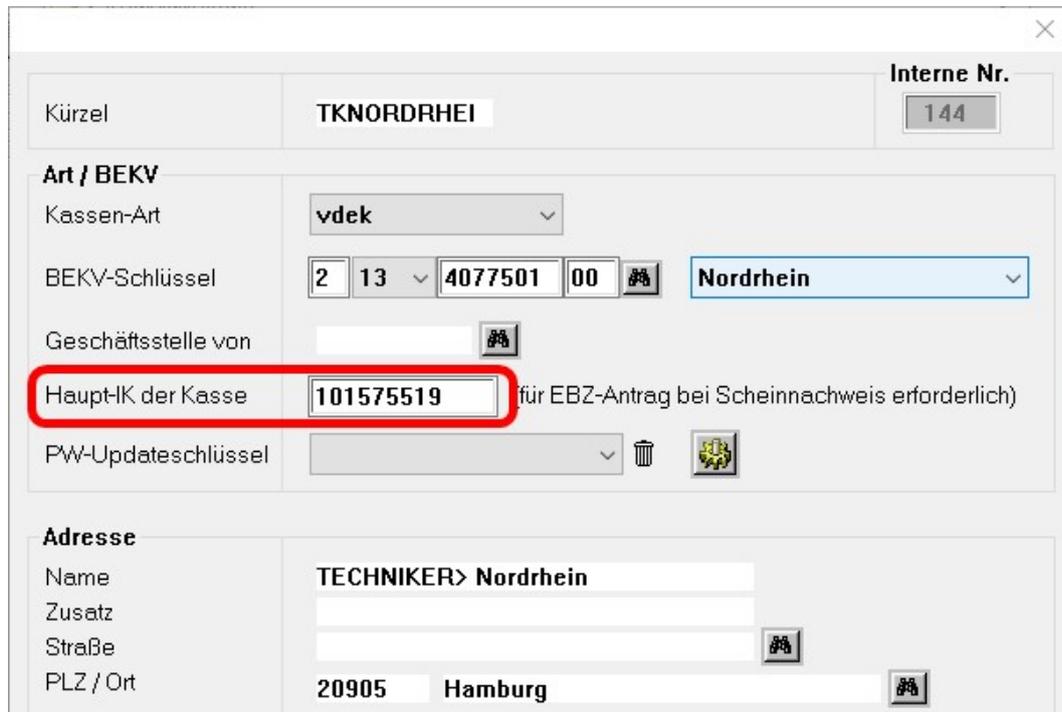
b) Für den Patienten ist ein Schein als Versicherungsnachweis vorhanden:

In diesem Fall muss das Institutionskennzeichen in den Kassendaten eingetragen werden.

1. Für die Eintragung öffnen Sie unter |Daten| das Programm |Krankenkassen|.
2. Öffnen Sie dort die Funktionen |Verwaltung| und |Kassen|.
3. Anschließend öffnen Sie die Krankenkasse des Patienten.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

4. Im Feld |Haupt-IK| geben Sie das Institutionskennzeichen der Krankenkasse ein:



Kürzel	TKNORDRHEI	Interne Nr.	144
Art / BEKV			
Kassen-Art	vdek		
BEKV-Schlüssel	2 13	4077501 00	Nordrhein
Geschäftsstelle von			
Haupt-IK der Kasse	101575519 für EBZ-Antrag bei Scheinnachweis erforderlich)		
PW-Updateschlüssel			
Adresse			
Name	TECHNIKER> Nordrhein		
Zusatz			
Straße			
PLZ / Ort	20905	Hamburg	

Das Kennzeichen sollte auf dem Versicherungsnachweis stehen, den Ihnen der Patient vorgelegt hat. Steht die Nummer dort nicht drauf, fragen Sie bitte bei der Kasse nach.

Ab voraussichtlich 2023 soll die Nummer im BKV enthalten sein.

– Die Eingabe Gebuehrennummer_Bema hat den Wert xxx, welcher nicht im Schlüsselverzeichnis 6.13 enthalten oder ungültig ist

Bei der Beantragung von EBZ-Anträgen sind nur Bema-Positionen zulässig, die im Bema-Teil 3 (KFO) enthalten sind.

Erscheint diese Meldung, müssen Sie die beantragten Leistungen prüfen.

a) Sachleistungen, sonstige Leistungen:

Entfernen Sie aus den beantragten Leistungen, die Leistungen, die nicht im Bema-Teil 3 (KFO) enthalten sind. Sachleistungen wie z. B. Ä1, 01 o. ä. sollen nicht beantragt werden.

b) KFO-Leistungen:

Wird in der Fehlermeldung eine KFO-Leistung aufgeführt, müssen diese Leistung im Programm |Bema und GOZ/GOÄ| prüfen.

Für die Prüfung gehen Sie folgendermaßen vor:

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

1. Öffnen Sie in der Programmauswahl unter |Daten| das Programm |Bema und GOZ/GOÄ|.
2. Unter |Verwaltung| wählen Sie |Bema| an und geben die entsprechende Bema-Position ein.
3. Hier ein Muster der Bema-Position 126a:

Datenverwaltung Bema

Bema-Gebühr
Gebührenordnung: 1 Bema Gebühren-Nummer: 126A

Abkürzung:
Bezeichnung: Eingliedern Bracket/Attachment

Interne Kurzbezeichnung: Eingliedern Bracket/Attachment
Bema-Punkte / Preis in EUR: 18,00

für den Druck
Gebühren-Nr.: 126a
Abkürzung:

KZV-Abrechnungsnummern
KZV-Abrechnungs-Nr. / DTA: 126a
KZV-Leistungs-Nr. / numerisch für den Druck auf Erfa-Schein:
KZV-EDV-Nr. / KFO-Rechnung: 371

Kategorie für KFO-Materialien
lt.Vorgaben der KZV:
analoge GoZ-Nummer: 6100

Begrenzung der Gültigkeit
 mit Begrenzung
gültig ab: 00.00.00
 mit Begrenzung
gültig bis: 00.00.00

Kons-Erfassung
Es soll eine Anl.1 erstellt werden mit dem Planungs-Kürzel:

Bedingungsmerker
Texte für Begründungen
Texte für Kommentare

Kopieren
Löschen
OK
Abbrechen

4. Sie müssen die Angaben im Feld |KZV-Abrechnungs-Nr./DTA| prüfen.

In diesem Feld muss die Schreibweise der Bema-Position identisch sein mit dem Bema-Katalog.

Stände in unserem Beispiel in diesem Feld nur eine 126, würde beim Senden die o. g. Fehlermeldung erscheinen.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

3.5.2 Archivieren und Drucken des EBZ-Antrages

Parallel zum Senden können Sie den Antrag archivieren (DokuArchiv erforderlich) und bei Bedarf ausdrucken.



Für eAnträge darf der herkömmliche Druck nicht mehr verwendet werden.

Der Antrag wird auf Blankopapier in dem neuen vorgeschriebenen Stylesheet-Format erstellt.

Beim Archivieren wird das Stylesheet-Formular als PDF im Dokumentenarchiv gespeichert.

Ein Direktdruck des Stylesheets-Formulars ist nicht möglich. Von dem Formular wird erst eine Vorschau angezeigt. Dies erkennen Sie in der Taskleiste an diesem Symbol:



Um die Vorschau in den Vordergrund zu holen, klicken Sie auf das Symbol .

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

EEBZO_0360099992212KFCF2470000060700.pdf x

Seite: 1 / 1 Suchen: 3A

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Heidelberg
 Name, Vorname des Versicherten
 Test
 Toni geb. am 15.06.10
 Testgasse 2 0
 D 25335 Elmshorn
 Kostenträgerkennung 107018414 Versicherten-Nr. T987654321 Status 1000000
 Vertragszahlrzt-Nr. 0360099999 Vertragszahlrzt-Nr. 999999999 Datum 03.12.22

KFO-Behandlungsplan
 KFO-Therapieänderung
 KFO-Verlängerungsantrag
 Behandlungsbeginn Quartal: [] Beginn der Verlängerung Quartal: [] Voraussichtliche Dauer Quartale: []
KIG-Einstufung 0,4 **Unfall**

Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung)
 Behandlerwechsel Neuplanung
 Kassenwechsel

Anamnese 02 Frühes Wechselgebiss; 08 Gehäuftes familiäres Vorkommen der Anomalie; 99 Sonstiges - Alle Weisheitszähne röntgenologisch sichtbar.

Diagnose
OK 01 Unterzahl von [Zahnangabel]: 14,24; 99 Sonstiges - Protrusion der Frontzahngruppe, Tendenz mit offenem Biss, Eckzahnaußentiefstand
UK 99 Sonstiges - Lückige Frontzahngruppe, Tendenz zum Kreuzbiss,

Bisslage 25 Mittellinienverschiebung um 0.9 mm; 99 Sonstiges - Bukkale Nonokklusion, laterale Verschiebung nach rechts, Distalbisslage.

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

OK 03 Einordnen nach Platzbeschaffung [Zahnangabel] ohne Extraktion: 14,24; 99 Sonstiges - Auflockerung der Frontzahngruppe, Protrudieren der Front, Einstellen des Kreuzbisses
UK 05 Ausformen des Zahnbogens; 99 Sonstiges - Lückenschluss der Front. Schließen des Diastemas

Bisslage 04 Einstellen in Neutralbisslage; 99 Sonstiges - Beseitigen der Nonokklusion.

Verwend. Geräte 01 Plattenapparaturen; 06 Multibracketapparatur; 11 Headgear

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

A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
				2						2	1	3	8	4
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	
3	2	20	8	28			8	6	16	1				

Sonstige Leistungen: Geb.-Nr. [] Anz. []
 750,00
 Geschätzte Material u. Laborkosten EUR
 3.671,21
 voraussichtl. Gesamtkosten EUR

Antragsnummer 0360099992212KFCF2470000060700
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen 10 - erstmalige Übermittlung
Kassenwechsel voriges IK Abschlagsnummer Akt.-Z PVS 247
Behandlerwechsel ab Quartal Version 1.4.0 Seite 1 von 1

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes
 Karla Müller
 Reinhardtstr. 28
 10117 Berlin
 E-Mail: kontakt@praxis-karla-modell.de
 03.12.2022

Entscheidung der Krankenkasse
 Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: % [] Anspruch besteht ab Quartal []

Für den Ausdruck klicken Sie in dieser Ansicht auf das Druckersymbol . Danach wählen Sie den Drucker aus und starten über den Button |Drucken| den Ausdruck.

Die Plantexte der eAnträge werden mit den Schlüsselkennzeichen und mit dem Freitext ausgedruckt. Wenn die Plantexte zu umfangreich sind, wird automatisch eine weitere Seite erstellt.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

3.6 Rückmeldungen der Krankenkassen (Genehmigung, Ablehnung etc.)

Hat eine Krankenkasse einen Antrag bearbeitet, sendet sie die Antwort digital über die Telematikinfrastuktur und easyTI an die Praxen.

Die Antwort kann beispielsweise die Genehmigung, eine Ablehnung oder eine Genehmigung mit gutachterlicher Befürwortung umfassen.

Hinweis:

Ziel ist es, dass die Rückmeldungen der Krankenkassen innerhalb kürzester Zeit (am selben Tag der Beantragung) erfolgen soll.

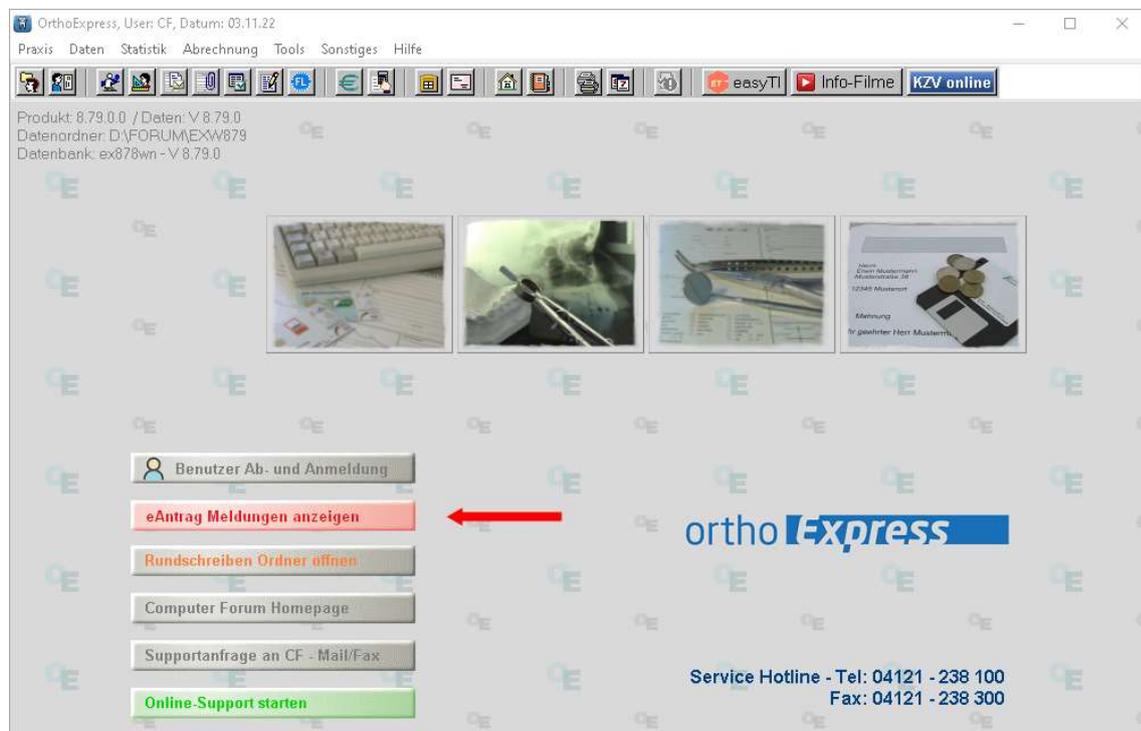
Die KZBV hat aber darauf hingewiesen, dass in der Einführungsphase die Bearbeitung länger dauern kann und bittet darum, dass Sie den Kassen ca. drei Wochen Zeit für die Rückmeldung geben.

Das Express-Programm empfängt die Antwort automatisch und ordnet diese dem entsprechenden Patienten zu.

Über neue Antworten werden Sie im Express-Programm auf zwei Wegen informiert:

3.6.1 Programmauswahl - Schaltfläche |eAntrag Meldungen anzeigen|

In der Programmauswahl wird bei neuen Antworten, die Schaltfläche |eAntrag Meldungen anzeigen| in der Farbe Rot hinterlegt:



Klicken Sie auf den Button, werden die neuen Antworten in einer Liste angezeigt:

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

EBZ Bestätigungs- und Fehlermeldungen

Übersicht von nicht bearbeiteten Bestätigungs- oder Fehlermeldungen Fehler anzeigen die letzten 30 Tage anzeigen

EBZ-Antrag-ID	Datum	Bereich	Art	Planung	Meldung	Fehler	Hinweis
00000607.00	03.12.2022	KFO	Antrag	Neu	Bestätigen		genehmigt - erstmalige Übermittlung
00000429.00	17.11.2022	ZE	Antrag	Neu	Bestätigen		abgelehnt - erstmalige Übermittlung
00000388.00	08.11.2022	KGL	Antrag	Neu	Bestätigen		genehmigt - erstmalige Übermittlung

Details zur angewählten Meldung

Plan-Antragsnummer 0 36 009999 22/12 KF CF 247:00000607 00 Ggf. Antwort
Patient 32 Test, Toni *15.06.2010 (M) Begründung
Kasse 146 Techniker > Hamburg
Info zum Plan KFO-PlanNr 1 für Arzt 3 vom 03.12.2022

Beantragungsverlauf anzeigen Planung für diesen Patienten aufrufen

Dieser Ansicht können Sie sofort über die Spalte |Hinweis| entnehmen, ob ein Antrag genehmigt wurde oder nicht.

Mit Doppelklick auf einen der Einträge oder Klick auf den Button |Planung für diesen Patienten aufrufen|, wird der entsprechende Patient im Planungs-Programm geöffnet.

Dort erhalten Sie eine Anzeige mit Details zur Antwort. (Siehe nächsten Punkt)

3.6.2 Anzeige der Antwort beim Plan des Patienten

Liegt eine Antwort vor, wird Ihnen diese angezeigt, sobald Sie den Patienten in der |Patientenakte| oder im Programm |Planungen| anwählen:

EBZ - Rückmeldung der Krankenkasse

Patient: Test, Toni *15.06.2010 (M)
Kasse: 146 Techniker > Hamburg

Plan von Kasse genehmigt KFO-Plan

Genehmigungsdatum 03.12.2022
Zuschussatz 90
Anspruchsbeginn 4/2022

als berechtigter Benutzer
Meldung bestätigen zur Kenntnis genommen

Direkt beim Plan des Patienten müssen Sie dem Programm mitteilen, dass Sie die Antwort zur Kenntnis nehmen bzw. Sie müssen die Meldung bestätigen.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

a) Button |zur Kenntnis genommen| und |Meldung bestätigen|

Klicken Sie auf |zur Kenntnis genommen|, bedeutet dies, dass Sie die Information gelesen haben und bei Ihrer weiteren Bearbeitung berücksichtigen werden.

Bei der nächsten Anwahl des Patienten erscheint die Mitteilung erneut.

Soll die Anzeige nicht mehr erscheinen, muss sie über den Button |Meldung bestätigen| geschlossen werden. Diese Bestätigung kann nur ausgeführt werden, wenn der Benutzer die Rechte dazu hat.

b) Benutzerschutz (EBZ-Meldungen)

Die Rechte für die Anzeige und Bestätigung aller Kassenmeldungen werden über den Benutzerschutz 180 und 181 gesteuert.

Benutzerschutz 180 (EBZ-Meldung anzeigen):

Für jeden Benutzer können Sie einstellen, ob die Rückmeldungen der Kassen angezeigt werden sollen. Mit der EBZ-Aktivierung ist diese Anzeige für alle Benutzer aktiv.

Benutzerschutz 181 (EBZ-Meldung bestätigen):

Dieser Schutz ist bei allen Benutzer deaktiviert.

Sie müssen den Schutz für die Benutzer aktivieren, die das Recht haben, die EBZ-Meldungen zu bestätigen.

Ist eine EBZ-Meldung bestätigt, wird sie nicht erneut angezeigt.

3.6.3 Folgende Antworten sind derzeit möglich:

– Genehmigung

Wurde ein Plan genehmigt, erscheint diese Meldung:

Patient:	Muster, Petra *06.08.2008 (M)
Kasse:	3 TECHNIKER> Nordrhein
Plan von Kasse genehmigt	
Genehmigungsdatum	28.07.2022
Zuschussatz	90
Anspruchsbeginn	3/2022

Sie werden über das Genehmigungsdatum, den Zuschussatz und den Anspruchsbeginn informiert.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

Diese Daten werden automatisch in die Plandaten übernommen und das Genehmigungsdatum wird in den |Plan-Status| eingetragen.

– Ablehnung (Plan-Status)

Hat eine Krankenkasse den Plan abgelehnt, erscheint diese Meldung:

EBZ - Rückmeldung der Krankenkasse

Patient: Test, Anna *30.06.1999 [M]
Kasse: AOK Heidelberg

Plan wurde von der Kasse abgelehnt!

Begründung
Sonstiges, siehe Erläuterung
Bereits für anderen Arzt genehmigt.

als berechtigter Benutzer
Meldung bestätigen zur Kenntnis genommen

Der Ablehnungsgrund wird unter Begründung angezeigt.

Wird ein Plan abgelehnt, wird die Ablehnung auch im |Plan-Status| eingetragen:

Plan - Status (nicht abrechnungsrelevant)

Müller, Monika

Behandlungsplan vom 04.08.22

voraussichtliche Dauer 16 abgerechnete Quartale

beantragte Abschläge 12 abgerechnete Abschläge

Plan an Kasse / Patient 04.08.22

Plan zurück : 15.09.22 **abgelehnt** →

Plan an Gutachter

von Gutachter zurück : 02.09.22 **nicht befürwortet** →

Herausnehmbar Beginn

Multiband Beginn

Retention Beginn

Ende der Behandlung 15.09.22 **abgebrochen** →

a) Selektion 9

b) Selektion 10

OK

Den |Plan-Status| erreichen Sie in den Programmen |Planung|, |Patientenakte| und |Plandaten-Verwaltung| über den Button |Plan-Status|.

In diesem Muster wurde der Plan von der Kasse abgelehnt, weil der Gutachter die Behandlung „nicht befürwortet“ hat. Zusätzlich hat die Kasse ein Datum für das „Ende der Behandlung“ angegeben.

Diese Informationen werden automatisch durch die digitale Antwort der Krankenkasse im Express-Programm eingelesen.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

– Das müssen Sie beachten, wenn ein Plan abgelehnt wurde:

1. Der abgelehnte Plan darf von Ihnen nicht weiter genutzt werden. Legen Sie den Plan ggf. in der Planverwaltung über |Ablegen (Plan-Info)| ab.

Das Löschen eines eAntrages ist nicht mehr möglich, sobald auf „Senden“ geklickt wurde.

2. Hat die Kasse mit der Ablehnung auch ein Endedatum der Behandlung festgelegt, wird dieses im Plan-Status im Feld |Ende der Behandlung| eingetragen und es wird die Information „abgebrochen“ hinterlegt.

Ab diesem Ende-Datum können in der Akte keine beantragungspflichtigen kieferorthopädischen Leistungen für die Abrechnung gespeichert werden. Sie erhalten am Bildschirm einen Hinweis, sollten Sie trotzdem eine entsprechende Leistung eingeben.

3. Wurde ein Pan abgelehnt, weil der Gutachter den Plan nur „teilweise befürwortet“ hat, müssen Sie den abgelehnten Plan in den Plandaten über |Plan-Info| ablegen. Anschließend können Sie unter Berücksichtigung des Gutachtens einen neuen Plan anlegen. Diesen neuen Plan senden Sie erneut an die Kasse.
4. Die Kassen können auch während der laufenden Behandlung die Genehmigung zurückziehen,
z. B. wenn der Patient den Behandler oder die Kasse wechselt. Diese Information wird Ihnen auch auf dem digitalen Weg zugestellt.

3.6.4 Ist der Antrag bei der Kasse angekommen? – So erkennen Sie es

a) Über easyTI in den KIM-Nachrichten können Sie prüfen, ob eine Kasse die Zustellung eines Antrages bestätigt hat. Für die Prüfung führen Sie folgende Schritte aus:

1. Öffnen Sie |easyTI|.
2. In |easyTI| öffnen Sie die Anzeige der KIM-Nachrichten.
3. Die vorhandenen Nachrichten werden angezeigt:

3. Elektronische Anträge erstellen und senden



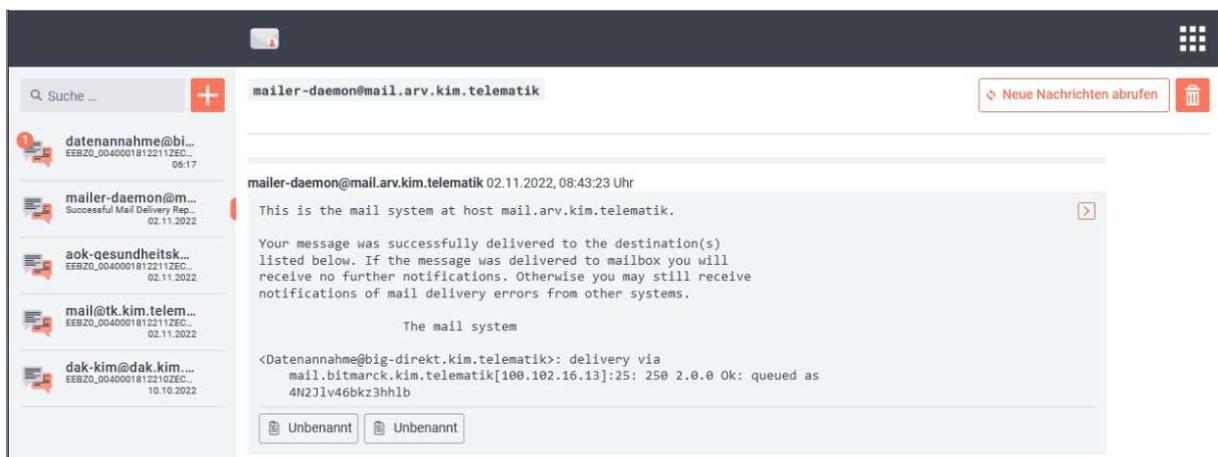
4. Wurde einer Krankenkasse ein eAntrag zugestellt, quittiert die Krankenkassen den Erhalt des Antrages mit einer Rückmail, die die Antragsnummer des Planes enthält. (Siehe Beispiel).

5. Durch diese Rückmeldung haben Sie die Bestätigung, dass der Antrag bei der Kasse angekommen ist.

Die Kasse wird den Antrag bearbeiten und die Antwort werden Sie automatisch über das Express-Programm erhalten (siehe Kapitel 3.7).

Die KZBV hat aber darauf hingewiesen, dass in der EBZ-Einführungsphase die Bearbeitung länger dauern kann und bittet darum, dass Sie den Kassen ca. drei Wochen Zeit für die Antwort/Bearbeitung geben.

6. Zusätzlich zu den Kassen-KIM-Nachrichten wird auch eine Nachricht unter „mailer-daemon@mail.arv.kim.telematik“ aufgeführt:



Hier wird in Englisch bestätigt, dass die Nachricht erfolgreich zugestellt wurde.

Haben Sie keine Rückmeldung erhalten, beachten Sie bitte Punkt c.

c) Prüfen Sie die KIM-Nachrichten, wenn innerhalb von 24 Stunden keine Bestätigung der Kasse eingetroffen ist. Konnten das Express-Programm bzw. easyTI eine eAntrag nicht zustellen, erhalten Sie hierzu auch eine Nachricht.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

Liegt so eine Nachricht vor, müssen Sie in diesem Fall den EBZ-Antrag ausdrucken und per Post an die Krankenkasse senden.

3.7 Verlängerungen

Verlängerungen, die per eAntrag versendet werden, werden genauso erstellt wie Behandlungspläne.

Im Programm |Planung| werden die Verlängerungen über das Icon  angelegt.

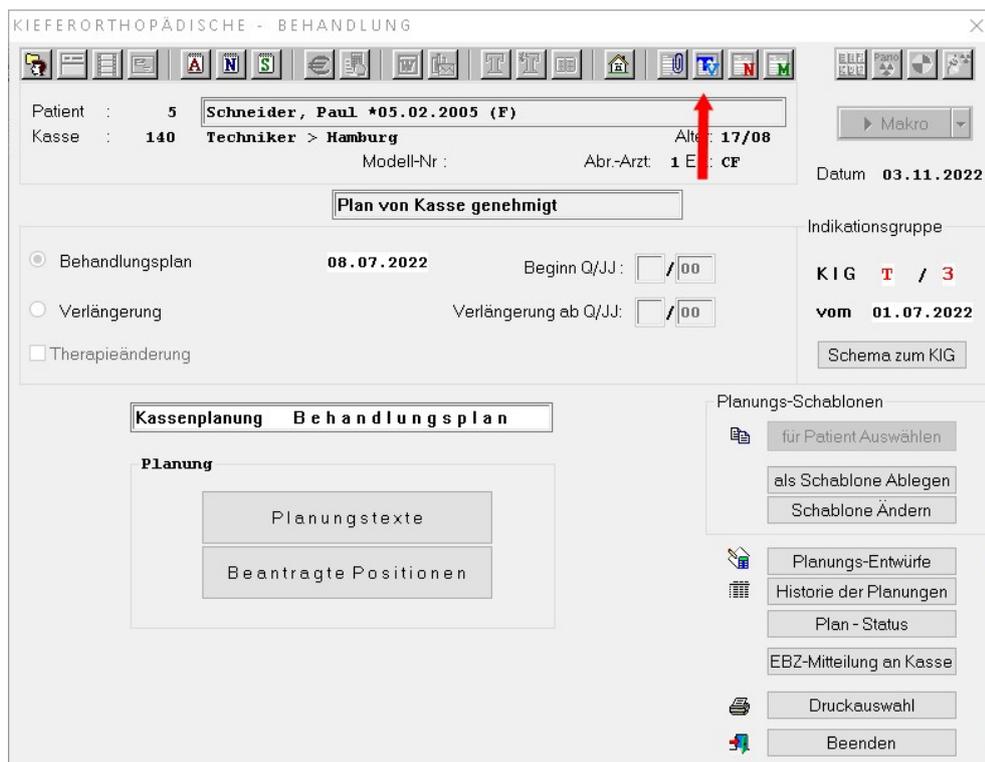
3.8 Therapieänderungen – Neue Regelung!!

Das Erstellen von Therapieänderungen über die Nachtragsfunktion ist ab Nutzung der EBZ-Anträge nicht mehr zulässig.

Laut KZBV müssen immer alle Leistungen, die noch nicht verbraucht wurden, mit einer Therapieänderung **neu beantragt** werden.

Aus diesem Grund können über die Nachtragsfunktion nach der EBZ-Aktivierung keine Therapieänderungen mehr erstellt werden.

Um eine Therapieänderung zu erstellen, nutzen Sie in der |Planung| das Icon .



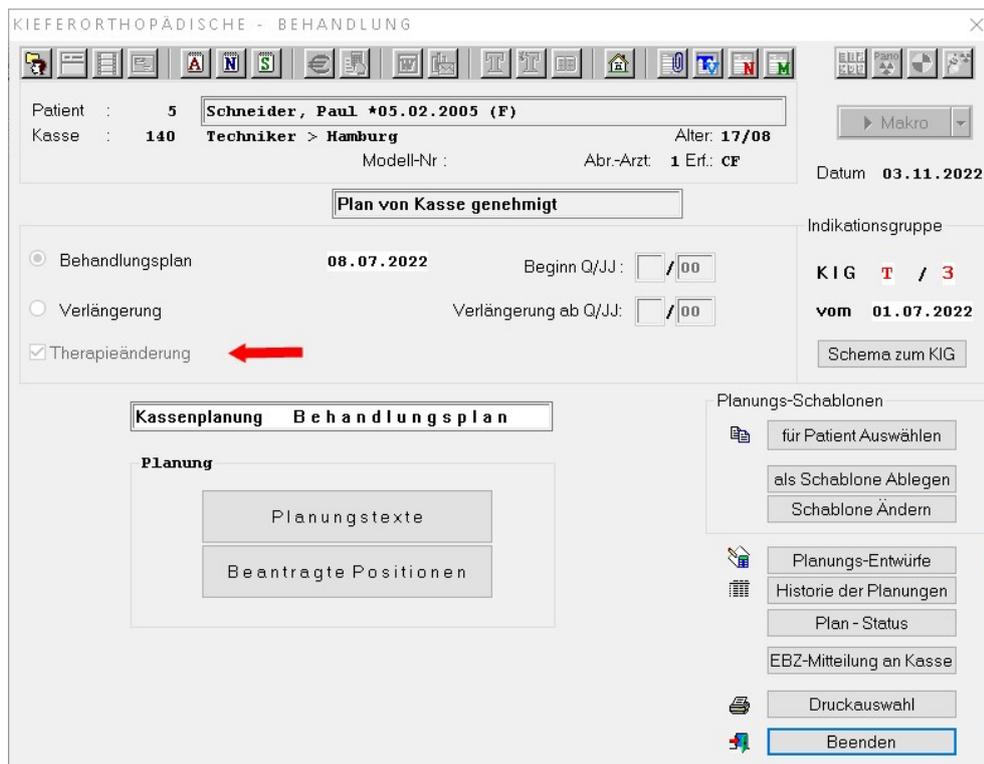
3. Elektronische Anträge erstellen und senden

Haben Sie auf das Icon geklickt, öffnet sich diese Ansicht:



Für das Erstellen des Therapieantrages klicken Sie auf die Schaltfläche |Therapieänderung erstellen(neu)|.

In der Übersicht wird die Therapieänderung markiert:



Alle Eingaben, die Sie anschließend vornehmen, werden für den Therapieänderungsantrag gespeichert:

- Bei Bedarf aktualisieren Sie die Plantexte.
- Unter |beantragte Positionen| können Sie die Schwierigkeitsgrade der Abschlüsse anpassen und danach alle weiteren Leistungen und Laborkosten ergänzen.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

Bei den beantragten Leistungen werden automatisch nur die Anzahlen vorgegeben, die bisher noch nicht verbraucht wurden.

Den Therapieantrag senden Sie auch an die Krankenkasse. Wie beim Behandlungsplan führen Sie hierzu in der Druckauswahl die Funktionen |Planung drucken| und |eAntrag senden| aus.

Ein Therapieänderungsantrag ist genehmigungspflichtig und darf ohne Genehmigung nicht aktiviert werden. Sie müssen die elektronische Antwort der Krankenkasse abwarten.

Hat die Kasse eine Antwort gesendet, wird Ihnen diese automatisch angezeigt. Die Anzeige erfolgt, wenn Sie den Patienten z. B. das nächste Mal in der Akte anwählen und in der Programmauswahl über den Button |eAntrag Meldungen anzeigen|.

3.8.1 Therapieänderung über die Patientenakte erstellen – zurzeit nicht möglich

Das Erstellen einer Therapieänderung über die Patientenakte ist für EBZ-Anträge zurzeit nicht möglich.

Diese Funktion stellen wir Ihnen mit einem späteren Update zur Verfügung.

3.8.2 Verlängerung und Therapieänderung -> Anamnese-Plantext nicht zulässig

Bei elektronischen Verlängerungen und Therapieänderungen darf die Rubrik Plantext-Anamnesetext nicht gefüllt sein.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

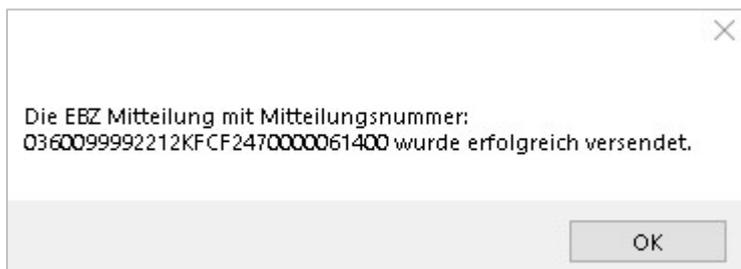
3.9 Nachträge

Auch Nachträge werden als eAntrag an die Krankenkassen übermittelt.

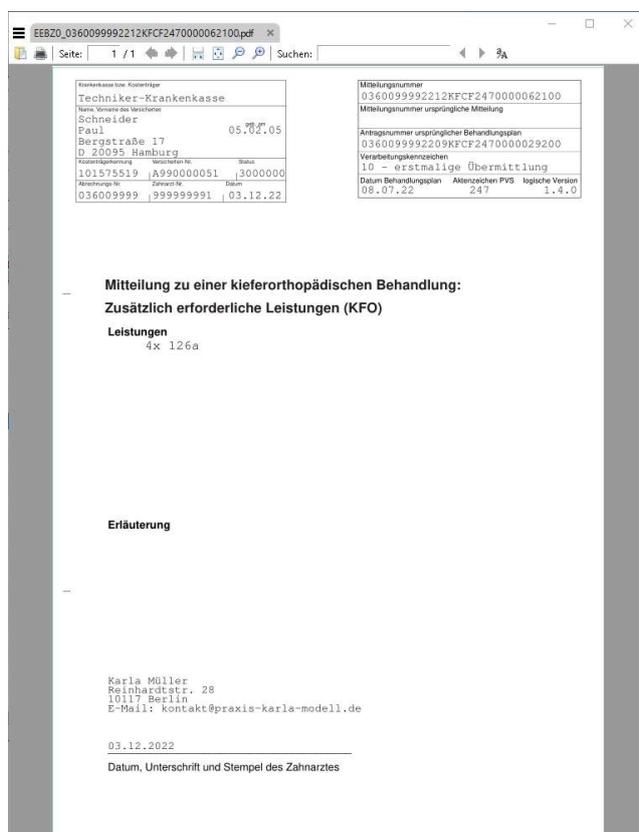
Haben Sie für einen Nachtrag die zu beantragenden Positionen und Laborkosten eingegeben, klicken Sie auf den Button |Drucken|EBZ|. Aktivieren Sie anschließend wie bei dem Behandlungsplan |eAntrag senden| und ggf. |Archivieren| und |Drucken|.

Für das Senden des Antrages ist der HBA und die Direktsignatur oder die Komfortsignatur erforderlich.

Wurde der Nachtrag erfolgreich übermittelt, erhalten Sie eine Bestätigung am Bildschirm:



Das Drucken und Archivieren erfolgt auch im Stylesheetformat:



Die Funktionen „nicht akzeptiert“ / „akzeptiert“ entfallen bei den elektronischen Nachträgen. (Betrifft nur Praxen, die diese Funktion genutzt haben.)

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

- Elektronische Nachträge werden als Mitteilungen an die Kassen gesandt.
- Sie sind nicht genehmigungspflichtig!
- Diese Regelung soll durch die Einführung des eAntrages bundeseinheitlich gültig sein.
- Die Kassen senden keine Genehmigungen.
- Die Praxen müssen keine Wartezeiten einhalten, ob eine Krankenkasse eventuell ein Veto sendet.

(Diese Angaben sind ohne Gewähr! Beachten Sie hierzu auf die Informationen Ihrer KZV!)

3.10 Mitteilungen zur Behandlung

(KIG-Ausgrenzung, unplanmäßiger Verlauf, Abschluss, Abbruch und Wiederaufnahme)

Die Mitteilungen zu einer Behandlung werden auch elektronisch übermittelt. Hierfür steht Ihnen im Programm |Planung| und in der |Akte| der Button bzw. die Funktion |EBZ-Mitteilung| zur Verfügung.

Öffnen Sie die Funktion |EBZ-Mitteilung|, erhalten Sie diese Auswahl:

KFO-Mitteilung an die Krankenkasse

Was möchten Sie der Krankenkasse mitteilen?

- Behandlungsabschluss
- Unplanmäßiger Behandlungsverlauf [mit Begründung]
- Behandlungsabbruch [mit Begründung]
- KIG (Einstufung zu gering für Kassenbehandlung)
- Wiederaufnahme der Behandlung

Archivieren Drucken Senden

Abbrechen Ausführen

Nutzen können Sie die aktiven Mitteilungen.

Das Programm gibt zum Senden nur die Mitteilungen frei, die zum aktuellen Behandlungsstatus des Patienten passen.

Für das Senden ist auch der HBA erforderlich.

Möchten Sie eine Mitteilung archivieren oder drucken, müssen Sie die entsprechenden Häkchen setzen. Die Mitteilungen werden im gleichen Stylesheetformat erstellt wie der Nachtrag.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

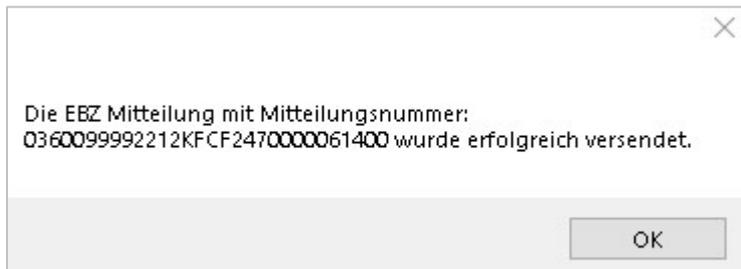
3.10.1 Besonderheiten der einzelnen Mitteilungen

a) Behandlungsabschluss

Markieren Sie |Behandlungsabschluss| und klicken auf |OK| wird die Mitteilung direkt an die Krankenkassen gesendet.

Als Abschlussdatum wird das letzte Besuchsdatum des Patienten angegeben.

Am Bildschirm erhalten Sie eine Bestätigung:



Anschließend müssen Sie in den |Plandaten|  das |Abrechnungskennzeichen< prüfen und ggf. aktualisieren:

- Sollte das Abrechnungskennzeichen noch auf „laufender Fall“ stehen, müssen Sie es in „Schlussabrechnung“ ändern. Mit der nächsten Abrechnung erfolgt dann die Schlussabrechnung für den Patienten und passt zu der o. g. Mitteilung.
- Steht dort bereits „Schlussabrechnung“, müssen Sie nichts weiter eintragen. In diesem Fall haben Sie die Schlussabrechnung bereits vorgesehen.
- Steht dort „Retention“ und steht im Feld |Behandlungsende| ein Datum, wurde die Schlussabrechnung bereits erstellt. Sie müssen keine Plandaten ändern. Und können den Patienten über |OK| schließen.

Bei der nächsten Quartalsabrechnung prüft das Programm anhand des Abrechnungskennzeichen „Schlussabrechnung“, ob noch restliche Abschläge abzurechnen sind. Ist für das Abrechnungsquartal ein Besuchsdatum vorhanden, würden die restlichen Abschläge abgerechnet werden. Zusätzlich wird mit dem DTA auch das Behandlungsende an die KZV und somit an die Kasse übertragen.

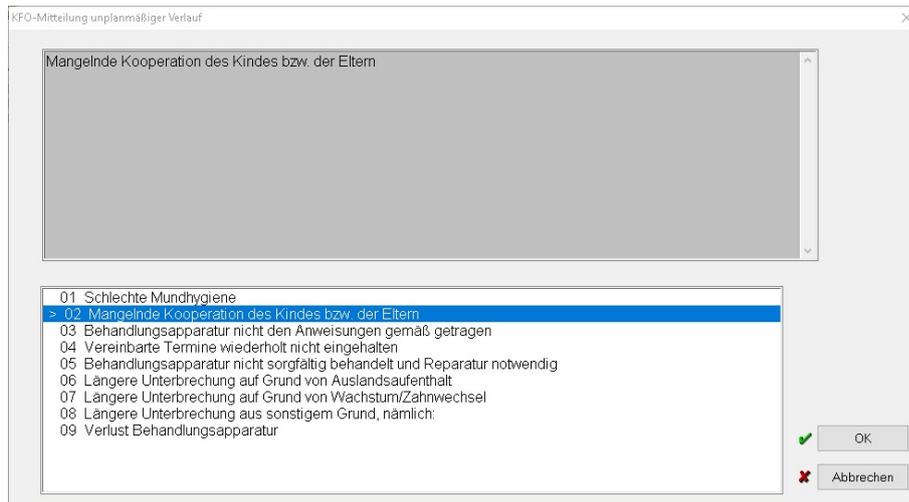
Beim anschließenden Abschlusslauf wird in den Plandaten das Abrechnungskennzeichen auf Retention umgesetzt und das Behandlungsende wird dort auch eingetragen.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

b) Unplanmäßiger Behandlungsverlauf [mit Begründung]

Diese Mitteilungsart nutzen Sie, um die Krankenkasse über den unplanmäßigen Verlauf zu informieren. Haben Sie die Mitteilung gewählt, wird zusätzlich ein Auswahlfenster mit gesetzlich vorgegebenen Begründungen geöffnet.

Mit einem Klick markieren Sie die gewünschte Begründung:



Wählen Sie den Begründungs-Schlüssel 08, können Sie zusätzlich einen individuellen Begründungstext eingeben.

Über |OK| wird die Mitteilung an die Kasse gesendet.

c) Behandlungsabbruch [mit Begründung]

Bei einem Behandlungsabbruch nutzen Sie diese Mitteilungsart. Auch hier wird ein Auswahlfenster mit gesetzlich vorgegebenen Begründungen geöffnet:

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

KFO-Mitteilung Behandlungsabbruch

Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten

- 01 Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
- 02 Behandlungsapparatur nicht den Anweisungen entsprechend getragen
- > 03 Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
- 04 Behandlungsapparatur nicht sorgfältig behandelt
- 05 Längere Unterbrechung der Behandlung
- 06 Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

OK

Abbrechen

Über den Schlüssel 06 können Sie einen Freitext eingeben.

Haben Sie eine Behandlung abgebrochen, setzen Sie in den Plandaten das Abrechnungskennzeichen auf „Abbruch“.

d) KIG (Einstufung zu gering für Kassenbehandlung)

Diese Mitteilung kann nur für Patienten genutzt werden, bei denen der KIG-Wert 1 oder 2 vorhanden ist.

e) Wiederaufnahme der Behandlung

Diese Mitteilung kann genutzt werden, wenn in den Plandaten das Abrechnungskennzeichen „Abbruch“ vorhanden ist.

Wird die Behandlung wieder aufgenommen, müssen Sie in den Plandaten das Abrechnungskennzeichen zurück auf „laufenden Fall“ setzen.

3. Elektronische Anträge erstellen und senden

3.11 Unfall-Kennzeichen setzen

Steht eine kieferorthopädische Behandlung im Zusammenhang mit einem Unfall, muss ein Unfall-Kennzeichen gesetzt werden.

Das Kennzeichen können Sie in den |Plandaten| aktivieren.

Wenn Sie per Mausklick ein Häkchen bei |Unfall| setzen, wird diese Information mit dem eAntrag an die Kasse gesendet.

The screenshot shows a software window titled "Behandlungspläne / Verlängerungen Datenverwaltung" with a close button (X) in the top right corner. The window displays patient information: Patient: 36, Kasse: 144, Name: Muster, Lea *08.09.2009, Insurance: DAK Gesundheit, and a location field containing "B e m a". Below this, it shows a plan identification number "036 009999 22/08 KF-CF 247:00000218 00" and a status "Plan noch nicht übermittelt!". The plan type is "Behandlungsplan (01)" and the status is "aktiv".

The interface is divided into several sections:

- Abrechnungssteuerung**: Includes fields for "voraussichtliche Dauer" (16), "Anzahl abzur. Abschlüsse" (12), and "Teilung der Abschlüsse" (12). Below these are fields for "abgerechnete Abschlüsse", "abgerechnete Quartale", and "Pausen", all set to 0. There are also fields for "abzur. Abschlüsse Vorqu.", "Abrechnungskennzeichen", and "Abrechnungskennzeichen (Q/JJ) ab:" with a date field.
- Daten**: Includes "1. Praxisbesuch" (24.08.22), "Antragsdatum" (24.08.22), "zurück / genehmigt", "Anspruch ab (Q/JJ)" (0 / 00), "Behandlungsbeginn" (locked), "1. Abschlag (Q/JJ)" (0 / 00), "letzter Abschlag" (0 / 00), and "Behandlungsende" (0 / 00).
- Abrechnung über Arzt**: A checkbox is checked, and the value is 1.
- Abrechnung über Pauschalen**: Includes "Einstufung" with radio buttons for "leicht", "mittel", "schwer", and "erwachsen".
- Abrechnung über KIG**: Includes "Einstufung in K I G" with a dropdown set to "T" and a value of "3", and a date field "vom 24.08.22".
- Abrechnung über Unfall**: A checkbox labeled "Unfall" is checked, with a red arrow pointing to it.

On the right side of the window, there is a sidebar with the date "03.11.22" and a "Pläne" section containing buttons for "Übersicht", "Bema <-> GOZ", "Leistungen", and "Kasse <-> Privat". Below this are buttons for "Notizen", "Abrechnungsquartal", "Abschlüsse", "Leistungen", "Abrechnungsdaten", "Statistik", "Schema zum KIG", and "Plan-Status". At the bottom of the sidebar are buttons for "Ablegen (Plan-Info)", "De-Aktivieren(Verl.)", "Löschen", and "OK".

Auf die Abrechnung hat das Kennzeichen keinen Einfluss.

4. Nach dem Senden darf nicht mehr geändert und gelöscht werden!!

Ein Antrag darf nur einmal gesendet werden.

Sobald ein Antrag gesendet wurde, dürfen keine Änderung mehr vorgenommen werden. Ein gesendeter Antrag darf auch nicht gelöscht werden.

Aus diesem Grund sind nach dem Senden alle erforderlichen Felder und Funktionen gesperrt.

Gesperrt sind:

- Bewertungsschema der Abschlüsse
- Beantragte Leistungen, Anzahlen, voraussichtliche Behandlungsdauer, Frühbehandlung und frühe Behandlung
- der Lösch-Button in der Plandaten-Verwaltung

Sind nach dem Senden Änderungen am Behandlungsplan erforderlich und der Plan wurde noch nicht genehmigt, müssen Sie sich mit der Krankenkasse in Verbindung setzen.

Teilen Sie der Krankenkasse die erforderlichen Änderungen mit. Da wir zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht wissen, wie im Echtzeitbetrieb verfahren wird, vermuten wir, dass in diesen Fällen die Kassen Ihnen eine Antwort mit einer Ablehnung senden werden.

Wurde der Plan von der Kasse digital abgelehnt, haben Sie die Möglichkeit, unter neuer Antragsnummer einen neuen Behandlungsplan einzureichen. Dafür müssen Sie den abgelehnten Plan in den |Plandaten| über |Ablegen (Plan-Info| ablegen.

Anschließend können Sie einen neuen Behandlungsplan erstellen.

Muss eine gesendete Verlängerung geändert werden, reicht die digitale Ablehnung der Kasse. Wurde diese an Ihre Praxis gesandt, können Sie anschließend eine neue Verlängerung anlegen.

5. Bildschirmanzeigen zum Ist-Zustandes eines Planes

Je nachdem welchen Schritt Sie bei einem Antrag ausgeführt haben, erhalten Sie begleitende Informationen zum Ist-Zustandes eines Antrages am Bildschirm.

Nachfolgend erhalten Sie Beispiele einzelner Anzeigen nach dem Patientenaufruf aus dem Programm |Planung| und aus der |Akte|. Die Beispiele beziehen sich auf einen Behandlungsplan.

Bei Verlängerungen, Therapieänderungen und Nachträgen erhalten Sie vergleichbare Anzeigen. Die Informationen werden auch im Programm |Plandaten| und bei der Leistungserfassung angezeigt.

5.1 Plan wurde geschrieben, aber noch nicht gesendet

Anzeige in der Planung:

KIEFERORTHOPÄDISCHE - BEHANDLUNG

Patient : 301 Test, Matteo *25.03.2007 (F)
Kasse : 139 Techniker Krk. >Berlin Alter: 15/04
Modell-Nr : Abr.-Arzt 1 Erf.: CF

Plan noch nicht übermittelt!

Behandlungsplan 02.08.2022 Beginn Q/JJ: /00
 Verlängerung Verlängerung ab Q/JJ: /00
 Therapieänderung

Patientenaufruf in der Akte:

Behandlungsstatus :
Plan noch nicht übermittelt!

Behandlungsplan

vom : 02.08.22
Beginn :
Genehmigung :
Anspruch ab :
Zuschussatz : 80 %
erster Abschlag :
letzter Abschlag : 0/00
Behandlungsende:

5.2 Plan wurde geschrieben und gesendet

Anzeige in der Planung:

KIEFERORTHOPÄDISCHE - BEHANDLUNG

Patient : 301 Test, Matteo *25.03.2007 (F)
Kasse : 139 Techniker Krk. >Berlin Alter: 15/04
Modell-Nr : Abr.-Arzt 1 Erf.: CF

Plan zugestellt

Behandlungsplan 02.08.2022 Beginn Q/JJ: /00
 Verlängerung Verlängerung ab Q/JJ: /00
 Therapieänderung

Patientenaufruf in der Akte:

Behandlungsstatus :
Plan zugestellt

Behandlungsplan

vom : 02.08.22
Beginn :
Genehmigung :
Anspruch ab :
Zuschussatz : 80 %
erster Abschlag :
letzter Abschlag :
Behandlungsende:

5. Bildschirmanzeigen zum Ist-Zustandes eines Planes

5.3 Plan wurde genehmigt

Anzeige in der Planung:

KIEFERORTHOPÄDISCHE - BEHANDLUNG

Patient : 301 Test, Matteo *25.03.2007 (F)
Kasse : 139 Techniker Krk. >Berlin Alter: 15/04
Modell-Nr : Abr.-Arzt: 1 Erf.: CF

Plan von Kasse genehmigt

Behandlungsplan 02.08.2022 Beginn Q/JJ: /00
 Verlängerung Verlängerung ab Q/JJ: /00
 Therapieänderung

Patientenaufwurf in der Akte:

Behandlungsstatus :
Plan von Kasse genehmigt

Behandlungsplan

vom : 02.08.22
Beginn :
Genehmigung : 04.08.22
Anspruch ab : 3/22
Zuschussatz : 90 %
erster Abschlag :
letzter Abschlag :
Behandlungsende :

5.4 Plan wurde abgelehnt

Anzeige in der Planung:

KIEFERORTHOPÄDISCHE - BEHANDLUNG

Patient : 15 Muster, Monika *29.10.2008 (M)
Kasse : 3 TECHNIKER> Nordrhein Alter: 13/09
Modell-Nr : Abr.-Arzt: 1 Erf.: CF

Plan von Kasse abgelehnt

Behandlungsplan 25.07.2022 Beginn Q/JJ: /00
 Verlängerung Verlängerung ab Q/JJ: /00
 Therapieänderung

Patientenaufwurf in der Akte:

Behandlungsstatus :
Plan von Kasse abgelehnt

Behandlungsplan

vom : 25.07.22
Beginn :
Genehmigung :
Anspruch ab :
Zuschussatz : 80 %
erster Abschlag :
letzter Abschlag : 0/00
Behandlungsende :

5.5 Plan per Papier gesendet (Pläne vor EBZ-Aktivierung u. Sonstige Kostenträger)

Anzeige in der Planung:

KIEFERORTHOPÄDISCHE - BEHANDLUNG

Patient : 32 Test, Toni *15.06.2015 (M)
Kasse : Alter: 7/00
Modell-Nr : Abr.-Arzt: 1 Erf.: CF

kein EBZ-Plan

Behandlungsplan 15.06.2022 Beginn Q/JJ: /00
 Verlängerung Verlängerung ab Q/JJ: /00
 Therapieänderung

Patientenaufwurf in der Akte:

Behandlungsstatus :
Plan Frühbehandlung

vom : 15.06.22
Beginn : 05.07.22
Genehmigung : 29.06.22
Anspruch ab : 3/22
Zuschussatz : 80 %
erster Abschlag :
letzter Abschlag : 0/00
Behandlungsende :

Alle Anträge, die vor der EBZ-Aktivierung erstellt und somit per Papier beantragt wurden, sind keine EBZ-Pläne (= keine eAnträge).

Die Pläne der Sonstigen Kostenträger werden grundsätzlich weiterhin nach dem bisherigen Antragsverfahren erstellt und per Papier versendet. Für die Patienten dieser Krankenkassen ist das elektronische Antragsverfahren nicht vorgesehen.

6. Arztbriefe und das neue Format der Plantexte

Die vorgegebenen Plantextnummern werden auch im Arztbriefe aufgeführt.
Dadurch verändert sich die Struktur eines Arztbriefes.

Muster eines Arztbriefes für einen eAntrag mit Diagnose- und Therapieplantexte:

Praxis für Kieferorthopädie Karla Modell	Musterstr. 28 10117 Berlin Tel. 04121/238100
Karla Modell * Musterstr. 28 * 10117 Berlin Praxis Dr. Mel Muster Musterweg 34 25335 Elmshorn	
	03.11.2022
Kieferorthopädische Behandlung von:	
Patient:	Monika Muster geb.: 29.10.1965
Versicherter:	Monika Muster geb.: 29.10.1965
Adresse:	Testmarkt 7 , 50676 Köln
Kasse:	TECHNIKER> Nordrhein , Mitgliedsnummer: A990000152 , Status: M
Sehr geehrte Damen und Herren	
vielen Dank für die Überweisung des o.g. Patienten.	
Der Fall wird wie folgt beurteilt:	
OK: 01 Unterzahl von 15 25 10 Kontaktpunktabweichung/Engstand über 1 mm bis 3 mm 27 17 99 Sonstiges Protrusion der Frontzahngruppe, Tendenz mit offenem Biss, Eckzahnaußentiefstand, Rotation von XX	
UK: 07 Mesialklippung von 45 13 Platzmangel bis 3 mm 36 37 99 Sonstiges Lückige Frontzahngruppe, Tendenz zum Kreuzbiss, Mittellinienverschiebung	
Bisslage: 02 Andere kraniofaziale Anomalie 25 Mittellinienverschiebung um 1,2 mm 99 Sonstiges Bukkale Nonokklusion, laterale Verschiebung nach rechts, Distalbisslage.	
Folgende Behandlung wird erforderlich sein:	
OK: 01 Lückenschluss von mesial/distal 05 Ausformen des Zahnbogens 99 Sonstiges Auflockerung der Frontzahngruppe, Protrudieren der Front, Einstellen des Kreuzbisses	
UK: 06 Retrusion der Frontzähne 09 Restlückenschluss nach Extraktion 99 Sonstiges Lückenschluss der Front durch Extraktion von 44 und 34. Schließen des Diastemas	
Bisslage: 01 Einstellen des physiologischen Overjet 04 Einstellen in Neutralbisslage 99 Sonstiges Einstellen in den Neutralbiss, Beseitigen der Nonokklusion.	
Für eventuell notwendige konservierende und chirurgische Behandlungen werde ich den Patienten an Sie zurücküberweisen.	
Mit freundlichen Grüßen	

Es werden immer vorweg die gewählten Schlüsselnummern aufgeführt.

Sie können wie bisher vor dem Druck eines Arztbriefes den Inhalt individuell anpassen.

7. Informationen zu Planungs-Entwürfe

Legen Sie im Programm |Planung| über den Button |Planungs-Entwürfe| einen Planungsentwurf an, können Sie angeben, ob aus dem aktiven Plan die Plantexte übernommen werden sollen.

Sollten die Texte übernommen werden, erfolgt die Übernahme analog zur Struktur des aktiven Planes.

Das bedeutet:

- Ist der aktive Plan ein eAntrag, werden die Plantexte auch im Format eines eAntrages übernommen.
- Wurde der aktive Plan vor der EBZ-Aktivierung erstellt, wird der Planungsentwurf als eAntrag angelegt.

In diesem Fall werden die Plantexte des aktiven (alten) Planes im Entwurf unter der Schlüsselnummer 99 (= Sonstiges) eingefügt.

- Bei Plänen der Sonstigen Kostenträger erfolgt die Übernahme der Plantexte 1:1 nach dem alten Format.

8. Rezeption - Kassenwechsel

Wird im Programm |Rezeption| ein Kassenwechsel ausgelöst, erscheint beim nächsten Aufruf des Patienten in der Akte oder in der Planung diese Anzeige:

EBZ - Rückmeldung der Krankenkasse

Patient:

Kasse:

Der Patient hat die Kasse gewechselt. Es ist erforderlich, die neue Kasse mit einer Kassenwechsel-Mitteilung bzgl. der Übernahme der Behandlung zu informieren.

Genehmigungsdatum
Zuschusssatz
Anspruchsbeginn **3/2021**

als berechtigter Benutzer

Die Anzeige erscheint, weil Sie die neue Krankenkasse über den bestehenden Behandlungsplan informieren müssen.

Dazu muss eine Mitteilung an die Kasse gesendet werden. Dies geschieht über den Button |Kassenwechsel Mitteilung senden|.

Dieser Button ist nur aktiv, wenn Sie als Benutzer die Rechte haben. Weitere Erläuterungen zu den Benutzerrechte erhalten Sie im Kapitel 3.5.1.

Klicken Sie auf den aktiven Button |Kassenwechsel Mitteilung senden| wird die Mitteilung sofort abgesendet und die Anzeige wird geschlossen.

Sie erhalten auf diese Mitteilung keine Antwort von der Kasse und können die Behandlung des entsprechenden Patienten in gewohnter Form fortsetzen.

Klicken Sie auf |zur Kenntnis genommen| erscheint der Hinweis weiterhin.

Habe Sie die Mitteilung gesendet, erhalten Sie hierzu folgende Info-Anzeige:

Anzeige in der Planung:

KIEFERORTHOPÄDISCHE - BEHANDLUNG

Patient : 5

Kasse : 145 Alter: 17/07

Modell-Nr : Abr.-Arzt 1 Erf.:

Patientenaufruf in der Akte:

Behandlungsstatus :

Plan bei Kassenwechsel übermit

Behandlungsplan

vom : 01.07.21

Beginn : 04.09.22

9. Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch

9.1 Einleitung

Das Erstellen der Anträge für Kiefergelenkserkrankungen (KGL) und Kieferbruch (KBR) funktioniert bis auf eine Ausnahme nach dem bekannten Schema.

Neu ist die Eingabe der zu beantragenden Leistungen.

9.2 So funktioniert die Beantragung (KGL/KBR)

Legen Sie nach der EBZ-Aktivierung einen neuen KGL- bzw. KBR-Antrag an.

Nehmen Sie wie bisher unter der Registerkarte |Planung| in den beiden Textfeldern (für „Angabe über Ort.../Anamnese etc.“ und „Vorgesehene Behandlung“) Ihre Eingaben vor:

The screenshot shows a software interface with two tabs: 'Planung' (selected) and 'Abrechnung'. Below the tabs, there are two main sections, each with a title and a text input field. The first section is titled '* Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch) Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)'. The input field contains six lines of 'Mustertext'. The second section is titled '* Vorgesehene Behandlung' and also contains five lines of 'Mustertext'. Each input field has a small icon on the right side.

Das Ausfüllen dieser Textfelder ist zwingend erforderlich, wenn sie den Antrag zur Genehmigung an die Krankenkasse senden müssen.

An dieser Eingabeform hat sich nichts geändert. Die Eingabe kann auch über Textbausteine erfolgen.

Anschließend müssen Sie die geplanten Leistungen eingeben. Diese Eingabe ist neu:

9. Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch

9.2.1 Baustein anlegen

Für das Anlegen eines Bausteines wählen Sie in der Programmauswahl unter |Daten| das Programm HKP-Strukturen bzw. Leistungsbausteine an.

Klicken Sie anschließend auf die Funktionen |Verwaltung| und |Kasse|.

Die Bausteine für KGL und KBR müssen Sie unter der Rubrik |Prothetik-Planung| anlegen.

9.2.2 Hinweis zur Eingabe der K4 (= Semipermanente Schienung):

Bei der Eingabe der K4 müssen Sie in der Spalte (Zähne) den Interdentalraum passend zur beantragten Anzahl eingeben.

Muster:

Beantragte Leistungen					
Datum	Gebühren	Faktor	Einzelpr.	Honorar/Preis	Zähne
	7 * K4	1,1421		87,94	34-44

Haben Sie alle Leistungseingaben vorgenommen, schließen Sie das Fenster über |OK|.

Ihre Angaben werden auf der Planungsseite angezeigt:

9. Kiefergelenkerkrankungen/Kieferbruch

Kiefergelenkerkrankung / Kieferbruch

40 Muster, Selma *27.10.2008 [F]
145 AOKSH

Arzt 1
Erfasser CE
Plan 143
Rg-Nr 0

Datum 03.11.22
Hauptplan
Genehmigt

Rg-Datum 03.11.22

Behandlungsplan für
 Kiefergelenkerkrankung
 Kieferbruch Unfall

Planung Abrechnung

* Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkerkrankungen)

Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext

* Vorgesehene Behandlung

Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext

Stationäre Behandlung
 stationäre Behandlung Voraussichtliche Dauer : von * 03.11.22 bis 00.00.00

Krankenhaus

Name *
Strasse Haus-Nr
PLZ Ort *

Geplante Leistungen

Datum	Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte
1	2		20
1	K1		106

beantragte Lstgen

Summe Punkte 126
x Punktwert 1,1421
= Betrag 143,90

Elektronische Beantragung
Plan-Identifikation

Status 00 - keine
Status-Info / Antwort-Begründung

Beantragungsverlauf anzeigen

Änderung von Plan geändert mit Plan

Arzt etc Sonstiges Löschen Änderungsantr. eAntrag senden Drucken OK

9.3 eAntrag (KGL/KBR) senden – nur wenn in Ihrem KZV-Bereich eine Genehmigungspflicht besteht.

Haben Sie alle erforderlichen Eingaben für den Plan vorgenommen, können Sie den Antrag an die Krankenkasse senden.

Bitte beachten!

Sie müssen für KGL/KBR einen Antrag nur an die Kasse senden, wenn Sie bisher auch für diese Leistungsbereiche einen Antrag zur Genehmigung einreichen mussten.

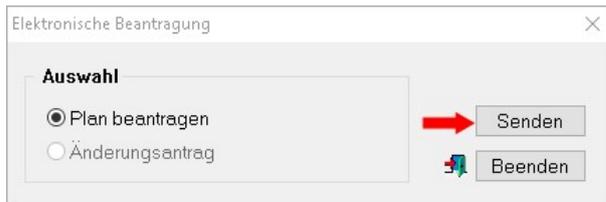
Die Regelungen zum Genehmigungsverfahren haben sich durch die EBZ-Einführung in Ihrem KZV-Bereich nicht geändert.

Laut gesetzlicher Vorgabe ist das Senden eines Antrages nur einmal zulässig.

Nach dem Senden können Sie an dem gesendeten Plan keine Änderungen mehr vornehmen. Sind Änderungen erforderlich, müssen Sie über den Button |Änderungsantr.| einen Änderungsantrag erstellen.

1. Für das Senden eines Antrages klicken Sie auf den Button |eAntrag senden|. Es öffnet sich dieses Auswahlfenster:

9. Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch



Bei einem Antrag, der noch nicht gesendet wurde, ist automatisch nur die erste Funktion |Plan beantragen| aktiv.

2. Damit der Antrag an die Kasse gesendet wird, muss Ihr HBA im Kartenlesegerät gesteckt sein.
3. Klicken Sie auf |Senden|. Je nach Einstellung in Ihrer Praxis erfolgt das Signieren per Komfortsignatur oder Direktsignatur. (Siehe auch Punkt 1.1).
4. Am Bildschirm erhalten Sie im Fenster |Elektronische Beantragung| folgende Bestätigung:



Die Krankenkasse wird den übermittelten Antrag bearbeiten und Ihnen eine Antwort senden. Die Beantwortung erfolgt wie bei den KFO-Plänen (siehe Kapitel3.6).

9. Kiefergelenkerkrankungen/Kieferbruch

9.4 eAntrag (KGL/KBR) abrechnen

Öffnen Sie für einen KGL/KBR-Antrag die Abrechnung, erhalten Sie folgende Anzeige:

Kiefergelenkerkrankung / Kieferbruch

10 Meier, Michael *27.12.1977 (M)
3 VDA3NR

Arzt 1 Datum 27.10.22
Erfasser CF Hauptplan
Plan 128 Genehmigt am 27.10.22
Rg-Nr 0 Rg-Datum 06.11.22

Behandlungsplan für
 Kiefergelenkerkrankung
 Kieferbruch Unfall

Planung **Abrechnung**

Geplante Leistungen ①

Datum	Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte
01.09.22	1	2	20
27.10.22	1	K1	106

Summe Punkte 126
x Punktwert 1,0996
= Betrag 138,55

Nachträgliche Leistungen ②

Datum	Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte
07.11.22	1	K7	6

Gesamtsumme Punkte: 132
x Punktwert 1,0996
= Gesamtbetrag 145,15

Abrechnung

1	Zahnärztl. Honorar	145,15
2a	Fremdlabor	0,00
2b	Fremdlabor	0,00
3	Eigenlabor	101,66
4	Abformmaterial	
	2 * 3,00	6,00
5	Versandkosten	
	0 * 0,00	0,00
6	Gesamtkosten	252,81

Behandlungsende 07.11.22

Abrechnungs-Status

Labor abgerechnet
 Plan abgerechnet ③

beantragte Lstgen ①
nachträgl. Lstgen ②
Texte
Eigenlabor-Plan
Eigenlabor-Rg
Fremdlabor

Elektronische Beantragung
Plan-Identifikation
36 009999 22/10 KG-CF 247:000000330 00
Status 30 - genehmigt
Status-Info / Antwort-Begründung
Plan von Kasse genehmigt
Beantragungsverlauf anzeigen
Änderung von Plan geändert mit Plan

Arzt etc. Sonstiges Löschen Änderungsantr. eAntrag senden Drucken OK

a) Neu: geplante und nachträgliche Leistungen

Neu ist, dass es jetzt eine Anzeige der geplanten Leistungen ① und der nachträglichen Leistungen ② gibt.

Die beantragten Leistungen wurden an die Krankenkasse übermittelt und dürfen nach dem Senden nicht mehr geändert werden.

Sind nachträgliche Leistungen angefallen, können Sie diese über den dazugehörigen Button eingeben.

Unterhalb des Fensters für die nachträglichen Leistungen werden die Gesamtsummen für beantragte und nachträgliche Leistungen angezeigt.

9. Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch

b) Plan abgerechnet – Drucken ja/nein?

Für den EBZ-Antrag gibt es keinen Ausdruck einer Abrechnungsseite.

Achten Sie bitte darauf, dass Sie das Häkchen bei „Plan abgerechnet“ **③** setzen, damit der Antrag bei der DTA-Monatsabrechnung berücksichtigt wird:

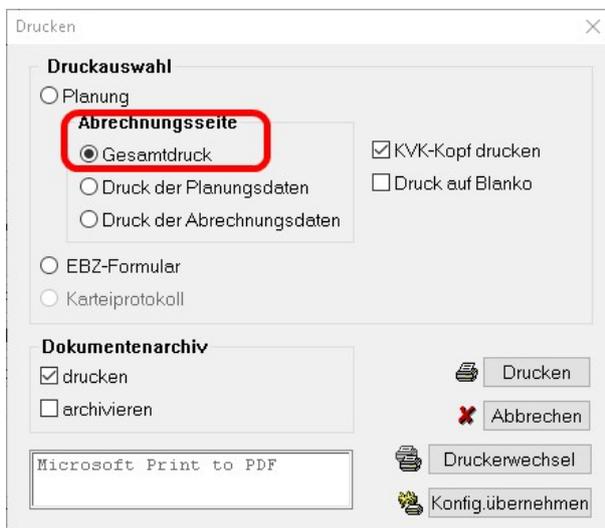


Abrechnungs-Status

Labor abgerechnet

Plan abgerechnet **③**

Möchten Sie weiterhin für Ihre Unterlagen einen Ausdruck erstellen/archivieren, können Sie über |Drucken| weiterhin die Funktion |Abrechnungsseite – Gesamtdruck| nutzen:



Drucken

Druckauswahl

Planung

Abrechnungsseite

Gesamtdruck

Druck der Planungsdaten

Druck der Abrechnungsdaten

KVK-Kopf drucken

Druck auf Blanko

EBZ-Formular

Karteiprotokoll

Dokumentenarchiv

drucken

archivieren

Drucken

Abbrechen

Druckerwechsel

Konfig. übernehmen

Microsoft Print to PDF

10. Sonstiges

10.1 Planungsschablonen

Sie können Ihre bisherigen Planungsschablonen auch für die EBZ-Anträge nutzen. Die Plantexte aus den bisherigen Schablonen werden in die Schlüsselnummer 99 (Sonstiges) übernommen.

Legen Sie eine neue Schablone auf Basis eines EBZ-Antrages an, werden die Plantexte so gespeichert, wie Sie von Ihnen angegeben wurden.

10.2 Planungsentwürfe (Kasse) – wichtige Hinweise

a) Haben Sie vor der EBZ-Aktivierung Kassen-Planungsentwürfe erstellt, haben Sie nach der Aktivierung keinen Zugriff mehr auf die Plantexte des Entwurfs.

b) Es ist nicht möglich, die Plantexte eines EBZ-Kassenplanes in einen Privatplan oder die Plantexte eines Privatplanes in einen EBZ-Antrag zu übernehmen.

10.3 Privatpläne

Die Eingabe der Privatpläne hat sich nicht geändert.

11.1 Hinweis zum Speichern von Protokolltexte in der Patientenakte

Das Speichern der Protokolltexte für die elektronischen Sendevorgänge (Anträge und Mitteilungen) erhalten Sie mit einem späteren Update. Zurzeit können wir Ihnen hier noch keinen Termin nennen.

12. Was sind Stylesheets?

Stylesheets sind das Format für den Ausdruck der neuen elektronischen Pläne auf Papier.

Sie werden immer dann eingesetzt, wenn aufgrund eines Technikausfalls die neuen Pläne nicht elektronisch an die Krankenkassen übermittelt werden können.

Geschäftsführer
Hans Georg Schilling
Registergericht Pinneberg HRB 1529 EL
Steuernummer: 18 / 294 / 06653
USt-IdNr. DE 134 847 405

Telefon / Fax / Internet
Fon: +49 - (0) - 4121 - 2380
Fax: +49 - (0) - 4121 - 20336
www.dental-vision.de
info@dental-vision.de

Bankverbindung
VR Bank in Holstein eG
IBAN DE44 2219 1405 0017 0830 90
BIC GENODEF1PIN

ortho 
dental 
e timer
e Archiv