

51. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), K. d. ö. R., Berlin

und der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

Änderung der Anlage 14c BMV-Z

Hier: Austausch der eFormulare auf Version 2.0

Änderung der Anlage 14d BMV-Z

Hier: Ausfüllhinweise

Änderung der Anlage 15 BMV-Z

Hier: Anpassung §§ 7 bis 11

Änderung der Anlagen 2, 5, 6, 14b, 14d und 18 BMV-Z

Hier: Redaktionelle Änderungen

Änderung der Anlage 8a BMV-Z

Hier: Ergänzung aufgrund § 295b SGB V

Artikel 1
Änderung der Anlage 14c BMV-Z

- (I) Die Bundesmantelvertragspartner verständigen sich darauf, die im Rahmen der Anlage 15a (Technische Anlage) auf die Version 2.0.0 aktualisierten eFormulare in die Anlage 14c zu überführen.
- (II) Alle eFormulare erhalten am linken unteren Rand hochkant das Datum des Entwicklungsstands in der Form „- Stand: TT.MM.JJJJ -“. Zusätzlich ist das Feld „logische Version“ mit der Versionsnummer der jeweils gültigen Technischen Anlage vorbefüllt. Die eFormulare 2 und MIT 1 bis MIT 8 sind ansonsten inhaltlich unverändert; auf eine Abbildung in dieser Änderungsvereinbarung wird verzichtet. Bei den Abbildungen der eFormulare 2 und MIT 1 bis MIT 8 in der Anlage 14c wird jeweils unter der Überschrift der Zusatz „Version 1.7, gültig ab 01.04.2024“ durch den Zusatz „Version 2.0.0, gültig ab 01.04.2025“ ersetzt.
- (III) Die eFormulare 3, 4a, 5a, 5b, 5d und 5e erhalten folgende Fassung:

Zusatzseite – Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

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

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel
Zahnersatz Zusatzseite

Antragsnummer _____

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel _____

Antragsnummer vorherige Krankenkasse _____

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse _____

- Stand: 26.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

Erläuterungen

Befund

a	Adhäsivbrücke (Anker)
ab	Adhäsivbrücke (Brückenglied)
abw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)
aw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)
b	Brückenglied
bw	erneuerungsbedürftiges Brückenglied
e	ersetzer Zahn
ew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f	fehlender Zahn
ix	zu entfernendes Implantat
k	klinisch intakte Krone
kw	erneuerungsbedürftige Krone
pkw	erneuerungsbedürftige Teilkrone
pw	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r	Wurzelstiftkappe mit ersetzttem Zahn
nw	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn
sb	implantatgetragenes Brückenglied
sbw	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied
se	ersetzer Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sk	implantatgetragene intakte Krone
skw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
so	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetzttem Zahn
sow	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn
st	implantatgetragene Teleskopkrone
stw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
t	Teleskopkrone
t2w	erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
tw	erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
ur	unzureichende Retention
ww	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x	nicht erhaltungswürdiger Zahn
()	Lückenschluss

Behandlungsplanung

A	Adhäsivbrücke (Anker)
ABV	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)
ABM	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)
B	Brückenglied
BM	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
BV	Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
E	zu ersetzender Zahn
EO	zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung
H	gegossene Halte- und Stützvorrichtung
K	Krone
KH	Krone mit Halteelement
KM	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KMH	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement
KMO	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe
KO	Krone mit Geschiebe
KV	Krone mit vestibulärer Verblendung
KVH	Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement
KVO	Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
PK	Teilkrone
PKM	Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PKV	Teilkrone mit vestibulärer Verblendung
R	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn
SB	implantatgetragenes Brückenglied
SBV	implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
SBM	implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied
SE	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
SEO	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung
SK	implantatgetragene Krone
SKM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
SKMO	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
SKO	implantatgetragene Krone mit Geschiebe
SKV	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung
SKVO	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
SO	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
ST	implantatgetragene Teleskopkrone
STM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
STV	implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
T	Teleskopkrone
TM	Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
TV	Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
T2	Sekundärteil einer Teleskopkrone
T2M	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
T2V	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung

Kennzeichen Bemerkungen

gemäß Schlüsselverzeichnis 6.24; bei Wiederherstellung Art der Leistung (Pflichtangabe)

01	medizinische Indikation z. B. Allergien, während einer Strahlentherapie, als Brückenfeiler nicht geeignet
02	Zahnersatz verloren
03	Indikation BEMA 98e Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)
04	Langzeitprovisorium
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblendbereich
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff
09	Vollkeramische Restauration
10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
11	Wiederherstellung/Bruch
12	Wiederherstellung/Sprung
13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
15	Erosionsgebiss
16	Erweiterung Halteelement
17	Erweiterung Zahn/Zähne
18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation
19	Hemisektion
20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

eFormular 4: KFO-Behandlungsplan

Version 2.0.0, gültig ab 01.04.2025

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div> <input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan </div> <div> <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung </div> <div> <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: 5px;"> Behandlungs- beginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> KIG-Einstufung _____ E3/E4 UK _____ <input type="checkbox"/> Unfall </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung) <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Neuplanung <input type="checkbox"/> Kassenwechsel </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											

Anamnese

Diagnose

OK _____

UK _____

Bisslage

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

OK _____

UK _____

Bisslage

Verwend. Geräte

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

Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116	
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c		

} voraussichtl. Dauer
der Behandlung
Quartale

	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel
OK 119								
UK 119								
120								

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

Geschätzte Material
u. Laborkosten EUR

--

voraussichtl.
Gesamtkosten EUR

--

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und M.st.- und Laborkosten) beträgt: % _____

Anspruch besteht ab Quartal _____

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

Zusatzseite – Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

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

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel
KFO Zusatzseite

Antragsnummer _____

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel _____

Antragsnummer vorherige Krankenkasse _____

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse _____

Ergänzende Information(en)

Abschlag vorherige Krankenkasse _____

Einstieg ab Behandlungsquartal _____

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

eFormular 5: Parodontalstatus

Version 2.0.0, gültig ab 01.04.2025

Blatt 1

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Abrechnungs-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <p>VOM _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Antragsnummer</td></tr> <tr><td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr> <tr><td>Verarbeitungskennzeichen</td></tr> <tr><td>Art des Behandlungsplans</td></tr> <tr><td>Seite</td><td>Wechselkennzeichen</td><td>Akt.-Z. PVS</td><td>log. Version</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2.0.0</td></tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version				2.0.0
Krankenkasse bzw. Kostenträger																												
Name, Vorname des Versicherten																												
		geb. am																										
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																										
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																										
Antragsnummer																												
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																												
Verarbeitungskennzeichen																												
Art des Behandlungsplans																												
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version																									
			2.0.0																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Tabakkonsum </td> <td style="width: 40%;"> Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____ </td> </tr> </table>		Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																									
Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> Diagnose <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen </td> </tr> </table>		Diagnose <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen																										
Diagnose <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium I</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium II</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium IV</td> </tr> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)</td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 4 Zähne</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table>		Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)					<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)		<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> < 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich			
Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)																												
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																								
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)		<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)																								
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> < 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																								
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster</td> </tr> </table>		Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)			<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																					
Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)																												
<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Grad (Progression)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad A</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad B</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad C</td> </tr> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 0,25</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> > 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>		Grad (Progression)					<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag							
Grad (Progression)																												
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																									
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																									
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																									
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> Fortsetzung Anamnese Sonstiges <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table>	Fortsetzung Anamnese Sonstiges <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td> Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table>	Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/>	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>																								
Fortsetzung Anamnese Sonstiges <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																												
Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/>																												
Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>																												

Originalgröße DIN A4

eFormular 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Version 2.0.0, gültig ab 01.04.2025

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr><tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr><tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr><tr><td>Abrechnung-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr></table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="4">Antragsnummer</td></tr><tr><td colspan="4">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr><tr><td colspan="4">Verarbeitungskennzeichen</td></tr><tr><td colspan="4">Art des Behandlungsplans</td></tr><tr><td>Seite</td><td>Wechselkennzeichen</td><td>Akt.-Z. PVS</td><td>log. Version</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">2 . 0 . 0</td></tr></table> <p>Parodontalstatus vom: _____ Grad (Progression) nach PAR-Status: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C</p> <p>Datum der ersten UPT-Leistung: _____</p> <p>An den folgenden Zähnen liegen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen ≥ 5 mm vor:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p><input type="checkbox"/> Es wird eine Verlängerung der UPT um den Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> Es wird beantragt, den Verlängerungszeitraum über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus auf insgesamt _____ Monate festzusetzen. Dies wird wie folgt begründet:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	Antragsnummer				Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan				Verarbeitungskennzeichen				Art des Behandlungsplans				Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version				2 . 0 . 0
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																					
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																			
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																			
Antragsnummer																																					
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																																					
Verarbeitungskennzeichen																																					
Art des Behandlungsplans																																					
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version																																		
			2 . 0 . 0																																		
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p>	<p>Gutachten</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesonder-tem Blatt)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters</p>	<p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten für die Verlängerung der UPT</p> <p><input type="checkbox"/> werden übernommen</p> <p><input type="checkbox"/> werden nicht übernommen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>																																			

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

Zusatzseite – Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

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

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel
UPT Zusatzseite

Antragsnummer _____

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel _____

Antragsnummer vorherige Krankenkasse _____

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse _____

Leistungen vorherige Krankenkasse
Nummer der zuletzt erbrachten UPT _____

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

eFormular 5e: Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

Version 2.0.0, gültig ab 01.04.2025

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnung-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</h2>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											

Begründung

- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene
- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
- Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen
- Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

Folgende Leistungen werden angezeigt:

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

<p style="font-size: small; margin: 0;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Antragsnummer</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Verarbeitungskennzeichen</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Art des Behandlungsplans</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Seite</td> <td style="padding: 2px;">Wechselkennzeichen</td> <td style="padding: 2px;">Akt.-Z. PVS</td> <td style="padding: 2px;">log. Version</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2 . 0 . 0</td> </tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version				2 . 0 . 0
Antragsnummer													
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan													
Verarbeitungskennzeichen													
Art des Behandlungsplans													
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version										
			2 . 0 . 0										

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

Zusatzseite – Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

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

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel
PAR § 22a SGB V Zusatzseite

Antragsnummer _____

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel _____

Antragsnummer vorherige Krankenkasse _____

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse _____

Leistungen (Blatt 2) vorherige Krankenkasse

Anzahl Gebührennummer 4 _____

Anzahl Gebührennummer AITa _____

Anzahl Gebührennummer AITb _____

Anzahl Gebührennummer CPTa _____

Anzahl Gebührennummer CPTb _____

Datum erste Leistung UPT _____

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

3. Im Abschnitt ⑥ wird vor dem letzten Satz eingefügt:
 Im Feld Wechselkennzeichen ist anhand einer Auswahlliste ein Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassen- oder Zahnarztwechsels einzutragen.
4. Nach Abschnitt ⑦ wird eine neue Seite mit folgendem Inhalt eingefügt.

Zusatzseite – Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnungs-Nr</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr	Status	Abrechnungs-Nr	Zahnarzt-Nr	Datum	<p>Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel</p> <p>Zahnersatz Zusatzseite</p> <p>Antragsnummer _____</p> <p>Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel _____ _____ _____</p> <p>Antragsnummer vorherige Krankenkasse _____</p> <p>Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr	Status											
Abrechnungs-Nr	Zahnarzt-Nr	Datum											

- Stand: 25.03.2025 -

Die Zusatzseite ist auszufüllen, wenn im Heil- und Kostenplan (HKP) im Feld Wechselkennzeichen ein Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel angegeben wird.

Im Feld „Antragsnummer“ ist die im HKP angegebene Antragsnummer zu wiederholen.

Im Feld „Krankenkassenwechsel/Zahnarztwechsel“ ist die Erläuterung zum auf dem HKP angegebenen Kennzeichen zu liefern, d. h. entweder „Zahnarztwechsel mit Neuplanung“ oder „Krankenkassenwechsel“.

3. Abschnitt ② wird wie folgt gefasst:

② Zahnarztwechsel/Kassenwechsel

In der Gruppe „Zahnarztwechsel/Kassenwechsel“ ist eine Angabe erforderlich, wenn der Versicherte den Zahnarzt wechselt und dieser in die laufende Behandlung einsteigt oder wenn der Versicherte die Krankenkasse wechselt. Ist der Zahnarztwechsel mit einer Neuplanung verbunden, kann dies optional angegeben werden.

4. Abschnitt ③ wird wie folgt gefasst:

③ KIG-Einstufung

Das Feld „KIG-Einstufung“ ist auszufüllen, wenn als Art des Behandlungsplans „Behandlungsplan bei KFO“ angegeben wird. Es sind nur Werte ab der KIG-Stufe 3 angebar.

Das Feld „E3/E4 UK“ ist zusätzlich auszufüllen, wenn im Feld „KIG-Einstufung“ eine andere oder höhere KIG-Stufe angegeben wurde, ein festsitzender Unterkieferfrontzahn-Retainer geplant ist und E3 oder E4 im Unterkiefer vorliegt.

5. Im Abschnitt ⑤ wird der folgende Satz gestrichen:

„Derzeit sind bei Therapieänderungs- und Verlängerungsanträgen keine Angaben zur Anamnese möglich, dies wird erst zum 01.04.2024 der Fall sein.“

6. Im Abschnitt ⑨ wird der Text zum Feld „Behandlungsdauer“ wie folgt geändert:

Im Feld „Behandlungsdauer“ ist die voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung einschließlich der Retentionszeit in Quartalen anzugeben. Bei einer Therapieänderung ist die voraussichtliche Behandlungsdauer ab dem Beginn der Therapieänderung anzugeben. Bei Verlängerungsanträgen entfällt die Angabe.

7. Abschnitt ⑩ wird wie folgt gefasst:

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

Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen.

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

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

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

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

Im Feld „Art des Behandlungsplans“ ist die in Abschnitt ① getroffene Angabe zu wiederholen.

Für die Angabe des Wechselkennzeichens steht eine Auswahlliste zur Verfügung.

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

8. Nach Abschnitt ⑪ wird eine neue Seite mit folgendem Inhalt eingefügt:

Zusatzseite – Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnungs-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel</p> <p>KFO Zusatzseite</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum														
Antragsnummer	_____															
Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel	_____ _____ _____ _____															
Antragsnummer vorherige Krankenkasse	_____															
Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse	_____															
Ergänzende Information(en)																
Abschlag vorherige Krankenkasse	_____															
Einstieg ab Behandlungsquartal	_____															

- Stand: 25.03.2025 -

Die Zusatzseite ist auszufüllen, wenn im Behandlungsplan im Feld Wechselkennzeichen ein Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel angegeben wird.

Im Feld „Antragsnummer“ ist die auf Seite 1 angegebene Antragsnummer zu wiederholen.

Im Feld „Krankenkassenwechsel/Zahnarztwechsel“ ist die Erläuterung zum angegebenen Wechselkennzeichen zu liefern, z. B. „Gleichzeitiger Krankenkassenwechsel und Zahnarztwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung)“.

Bei einem Krankenkassenwechsel ist im Feld „Antragsnummer vorherige Krankenkasse“ die Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplans anzugeben. Die Antragsnummer darf nur fehlen, wenn die vorherige Krankenkasse den Behandlungsplan im alten Papierverfahren genehmigt hat.

Bei einem Krankenkassenwechsel sind außerdem das Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse und die Nr. des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt gezahlten Abschlags anzugeben.

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

(IV) Die Ausfüllhinweise zu eFormular 5a (Parodontalstatus Blatt 1) werden wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst: „eFormular 5 – Parodontalstatus (Stand 01.04.2025)“.
2. Nach der Überschrift wird folgender Zwischentitel eingeführt: „**Blatt 1**“
3. Die Abbildung des eFormulars 5 wird durch folgende Abbildung ersetzt:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Abrechnungs-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center; margin: 0;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <p style="margin: 0;">vom _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Antragsnummer</td></tr> <tr><td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr> <tr><td>Verarbeitungskennzeichen</td></tr> <tr><td>Art des Behandlungsplans</td></tr> <tr><td>Seite</td><td>Wechselkennzeichen</td><td>Akt.-Z.</td><td>PVS</td><td>log. Version</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2.0.0</td></tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z.	PVS	log. Version					2.0.0
Krankenkasse bzw. Kostenträger																											
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																									
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																									
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																									
Antragsnummer																											
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																											
Verarbeitungskennzeichen																											
Art des Behandlungsplans																											
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z.	PVS	log. Version																							
				2.0.0																							
<p>③ Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> Tabakkonsum</p>	<p>④ Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____</p>																										
<p>⑤ Diagnose <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen</p> <p><input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen</p>																											
<p>⑥ Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium I</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium II</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium IV</td> </tr> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich						
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																							
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)																								
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																							
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																							
<p>⑦ Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</p> <p><input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster</p>																											
<p>⑧ Grad (Progression)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad A</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad B</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad C</td> </tr> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 0,25</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> > 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag										
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																								
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																								
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																								
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																								
<p>③ Fortsetzung Anamnese Sonstiges</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p>Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																										

- Stand: 25.03.2025 -

Zusatzseite – Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

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

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel
PAR Zusatzseite

Antragsnummer _____

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel _____

Antragsnummer vorherige Krankenkasse _____

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse _____

Leistungen (Blatt 2) vorherige Krankenkasse

Anzahl Gebührennummer 4 _____

Anzahl Gebührennummer ATG _____

Anzahl Gebührennummer MHU _____

Anzahl Gebührennummer AITa _____

Anzahl Gebührennummer AITb _____

Anzahl Gebührennummer BEVa _____

Nummer der zuletzt erbrachten UPT _____

- Stand: 25.03.2025 -

Die Zusatzseite ist auszufüllen, wenn auf Blatt 1 im Feld Wechselkennzeichen ein Krankenkassen- oder Vertragszahnarztwechsel angegeben wird.

Im Feld „Antragsnummer“ ist die auf Blatt 1 angegebene Antragsnummer zu wiederholen.

Im Feld „Krankenkassenwechsel/Zahnarztwechsel“ ist die Erläuterung zum auf Blatt 1 angegebenen Kennzeichen zu liefern, z. B. „Zahnarztwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung)“.

Bei einem Krankenkassenwechsel ist zusätzlich die Angabe folgender Daten erforderlich:

- im Feld „Antragsnummer vorherige Krankenkasse“ die Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplans; die Antragsnummer darf nur fehlen, wenn die vorherige Krankenkasse den Behandlungsplan im alten Papierverfahren genehmigt hat,

- das Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse,
- die Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden; die BEMA-Nrn. CPT und BEVb sind hier nicht anzugeben, da diese Leistungen lediglich angezeigt werden.

(VI) Die Ausfüllhinweise zu eFormular 5e (Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V) werden wie folgt geändert:

1. In der Überschrift wird der Stand auf den 01.04.2025 aktualisiert.
2. Die Abbildung des eFormulars wird durch folgende Abbildung ersetzt:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Abrechnungs-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>① Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</p>												
Krankenkasse bzw. Kostenträger																									
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																							
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																							
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																							
<p>② Begründung</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p>																									
<p>③ Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 70%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 20%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4	-----		AIT a			AIT b			CPT a			CPT b								
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																							
4	-----																								
AIT a																									
AIT b																									
CPT a																									
CPT b																									
<p>④</p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<p>⑤</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="4">Antragsnummer</td></tr> <tr><td colspan="4">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr> <tr><td colspan="4">Verarbeitungskennzeichen</td></tr> <tr><td colspan="4">Art des Behandlungsplans</td></tr> <tr> <td style="width: 30%;">Seite</td> <td style="width: 20%;">Wechselkennzeichen</td> <td style="width: 20%;">Akt.-Z. PVS</td> <td style="width: 30%;">log. Version</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">2 . 0 . 0</td> </tr> </table>	Antragsnummer				Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan				Verarbeitungskennzeichen				Art des Behandlungsplans				Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version				2 . 0 . 0
Antragsnummer																									
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																									
Verarbeitungskennzeichen																									
Art des Behandlungsplans																									
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version																						
			2 . 0 . 0																						

3. In Abschnitt ③ wird nach dem ersten Absatz folgender Satz ergänzt:
 „Bei einem Zahnarztwechsel mit Planübernahme sind zusätzlich die ab dem Einstieg in die Behandlung noch zu erbringenden Leistungen anzugeben.“

4. In Abschnitt ⑤ wird vor dem letzten Satz folgender Text ergänzt:
 Im Feld „Wechselkennzeichen“ ist anhand einer Auswahlliste ein Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassen- oder Zahnarztwechsels einzutragen.
5. Nach Abschnitt ⑤ wird eine neue Seite mit folgendem Inhalt eingefügt:

Zusatzseite – Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

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

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel
 PAR § 22a SGB V Zusatzseite

Antragsnummer _____

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel _____

Antragsnummer vorherige Krankenkasse _____

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse _____

Leistungen (Blatt 2) vorherige Krankenkasse

Anzahl Gebührennummer 4 _____

Anzahl Gebührennummer AITa _____

Anzahl Gebührennummer AITb _____

Anzahl Gebührennummer CPTa _____

Anzahl Gebührennummer CPTb _____

Datum erste Leistung UPT _____

- Stand: 25.03.2025 -

Die Zusatzseite ist auszufüllen, wenn im Behandlungsplan im Feld Wechselkennzeichen ein Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel angegeben wird.

Im Feld „Antragsnummer“ ist die im Behandlungsplan angegebene Antragsnummer zu wiederholen.

Im Feld „Krankenkassenwechsel/Zahnarztwechsel“ ist die Erläuterung zum auf dem Behandlungsplan angegebenen Kennzeichen zu liefern, z. B. „Zahnarztwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung)“.

Bei einem Krankenkassenwechsel ist zusätzlich die Angabe folgender Daten erforderlich:

- im Feld „Antragsnummer vorherige Krankenkasse“ die Antragsnummer der zuletzt an die vorherige Krankenkasse gesendeten Anzeige; die Antragsnummer darf nur fehlen, wenn die vorherige Krankenkasse den Behandlungsplan im alten Papierverfahren erhalten hat,
- das Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse,
- die Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden.

Artikel 3

Änderung der Anlage 15 BMV-Z

(I) In Anlage 15 werden die §§ 7 bis 11 wie folgt gefasst:

§ 7

Art und Inhalt der Daten zur Anzeige von Leistungen bei Kieferbruch

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Daten zur Anzeige:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Anzeige oder um die Änderung einer Anzeige handelt)
2. Antragsnummer (im Sinne einer Anzeigenummer)
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderung der Anzeige)
5. Angabe, ob es sich um einen Unfall handelt
6. Angaben über Ort, Zeit, Ursache und zur Art der Verletzung
7. Angaben zur vorgesehenen Behandlung (Freitext)
8. Angaben zu geplanten Leistungen (Gebührennummer BEMA einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume)
9. Bei stationärer Krankenhausbehandlung: Angaben über deren voraussichtliche Dauer (Beginn/Ende) sowie Name und Ort des Krankenhauses (Anschrift optional)

§ 8

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei Kiefergelenkserkrankungen

¹Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Antragsänderung)
5. Angaben zur Anamnese, zu Befunden, zur Diagnose
6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung (Freitext)
7. Angaben zu geplanten Leistungen (Gebührennummern BEMA einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume)

8. Bei stationärer Krankenhausbehandlung: Angaben über deren voraussichtliche Dauer (Beginn, Ende) sowie Name und Ort des Krankenhauses (Anschrift optional)

²Haben die Vertragspartner auf Landesebene bei Kiefergelenkserkrankungen einen Genehmigungsverzicht vereinbart, entfällt die Übermittlung der Antragsdaten an die Krankenkasse.

§ 9

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung

- (1) Der Vertragszahnarzt übermittelt bei Erstantrag, Therapieänderung oder Verlängerungsantrag, bei Vertragszahnarztwechsel mit Neuplanung und bei einem Krankenkassenwechsel folgende Antragsdaten:
 1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, dass es sich um einen Antrag handelt)
 2. Antragsnummer
 3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
 4. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan, Therapieänderung, Verlängerungsantrag)
 5. Kennzeichen zum Vorliegen eines Vertragszahnarztwechsels mit Neuplanung (optional) oder Krankenkassenwechsels
 6. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Therapieänderung und Verlängerungsantrag)
 7. Kennzeichen bei Unfall/Unfallfolge/Berufskrankheit
 8. Kennzeichen bei Frühbehandlung, Früher Behandlung oder Erwachsenenbehandlung
 9. Bei Verlängerungsanträgen: (ursprünglicher) Behandlungsbeginn Quartal, Beginn der Verlängerung Quartal, voraussichtliche Dauer der Verlängerung in Quartalen
 10. Bei Krankenkassenwechsel: Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse, Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse und Nummer des Abschlags, bis zu dem mit der vorherigen Kasse abgerechnet wird
 11. Angabe der KIG-Einstufung (nicht bei Therapieänderungs- und Verlängerungsantrag)
 12. Gesonderte Angabe von KIG E3 oder E4 (nicht bei Therapieänderungs- und Verlängerungsantrag und nur, wenn in KIG-Einstufung eine andere bzw. höhere KIG-Stufe angegeben wurde und E3 oder E4 zusätzlich vorliegt)
 13. Angaben zur Anamnese (bei Therapieänderungs- und Verlängerungsantrag optional)
 14. Angaben zur Diagnose im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
 15. Angaben zur Therapie im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
 16. Angabe verwendeter Geräte
 17. Angaben zur Diagnostik und Behandlung (Gebührennummern BEMA und Anzahl, für Maßnahmen nach BEMA-Nrn. 119 und 120 Bewertung Schwierigkeit und Umfang der Behandlung)
 18. Angaben zu sonstigen Leistungen (Gebührennummern BEMA und Anzahl)
 19. Voraussichtliche Dauer der Behandlung in Quartalen (bei Therapieänderung ab Beginn der Therapieänderung, entfällt bei Verlängerungsantrag)
 20. Geschätzte Material- und Laborkosten
 21. Voraussichtliche Gesamtkosten

- (2) Der Vertragszahnarzt übermittelt bei Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme (Einstieg in die laufende Behandlung), bei einem gleichzeitigen Krankenkassenwechsel und Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme und bei einem Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme oder einem gleichzeitigen Krankenkassenwechsel und Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme erfolgt, folgende Antragsdaten:
1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, dass es sich um einen Antrag handelt)
 2. Antragsnummer
 3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
 4. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan, Therapieänderung, Verlängerungsantrag)
 5. Kennzeichen bei Vorliegen eines Vertragszahnarztwechsels mit Planübernahme oder eines gleichzeitigen bzw. nachträglichen Krankenkassenwechsels
 6. Antragsnummer des Behandlungsplans, in den eingestiegen wird
 7. Kennzeichen bei Unfall/Unfallfolge/Berufskrankheit
 8. Kennzeichen bei Frühbehandlung, Früher Behandlung oder Erwachsenenbehandlung
 9. Bei Einstieg in Verlängerungsantrag: (ursprünglicher) Behandlungsbeginn Quartal, Beginn der Verlängerung Quartal, voraussichtliche Dauer der Verlängerung in Quartalen
 10. Bei einem zeitgleich oder nach Einstieg in die Behandlung erfolgenden Krankenkassenwechsel: Antragsnummer des von vorheriger Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplans, Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse und Nummer des Abschlags, bis zu dem mit der vorherigen Kasse abgerechnet wird
 11. Quartal, in dem der Vertragszahnarzt in den laufenden Behandlungsplan einsteigt
 12. KIG-Einstufung (nicht bei Einstieg in Therapieänderungs- und Verlängerungsantrag)
 13. Gesonderte Angabe von KIG E3 oder E4 (nicht bei Einstieg in Therapieänderungs- und Verlängerungsantrag und nur, wenn in KIG-Einstufung eine andere bzw. höhere KIG-Stufe angegeben wurde und E3 oder E4 zusätzlich vorliegt)
 14. Angaben zur Diagnostik und Behandlung ab Einstieg in die Behandlung (Gebührennummern BEMA und Anzahl, für Maßnahmen nach BEMA-Nrn. 119 und 120 Bewertung Schwierigkeit und Umfang der Behandlung)
 15. Angaben zu sonstigen Leistungen ab Einstieg in die Behandlung (Gebührennummern BEMA und Anzahl)
 16. Voraussichtliche Dauer der Behandlung in Quartalen (ab Einstieg in die Behandlung)
 17. Geschätzte Material- und Laborkosten (ab Einstieg in die Behandlung)
 18. Voraussichtliche Gesamtkosten (ab Einstieg in die Behandlung)

§ 10

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei systematischer Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen

- (1) Der Vertragszahnarzt übermittelt bei einem PAR-Antrag, bei Vertragszahnarztwechsel mit Neuplanung und bei einem Krankenkassenwechsel folgende Antragsdaten:
1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
 2. Antragsnummer
 3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
 4. Datum der Befunderhebung

5. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan PAR)
 6. Kennzeichen bei Vorliegen eines Vertragszahnarztwechsels mit Neuplanung (optional) oder eines Krankenkassenwechsels
 7. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderungsantrag)
 8. Angaben zur Anamnese des Versicherten, bei früherer PAR-Behandlung Angabe des ca.-Jahres
 9. Angaben zur Diagnose (Parodontitis, Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen, andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen)
 10. Angaben zum Stadium (Schweregrad) der Erkrankung (röntgenologischer Knochenabbau oder interdentaler CAL, Zahnverlust aufgrund von Parodontitis, Komplexitätsfaktoren)
 11. Ausmaß/Verteilung (lokalisiert, generalisiert, Molaren-Inzisiven-Muster)
 12. Angaben zum Grad (Progression) der Erkrankung (Grad, Knochenabbauindex, Diabetes, Rauchen)
 13. Angaben zum Befund: Zahnstatus (fehlender oder nicht erhaltungswürdiger Zahn), Sondierungstiefen, Sondierungsblutung, Lockerungsgrad und Grad des Furkationsbefalls
 14. Kennzeichen, an welchen Zähnen eine AIT durchgeführt werden soll
 15. Bemerkungen
 16. Geplante Leistungen (Gebührennummern BEMA einschließlich Anzahl)
 17. Bei Krankenkassenwechsel: Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse, Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse, Leistungen, die mit vorheriger Krankenkasse abgerechnet werden (BEMA-Nr. und Anzahl) sowie die Nr. der zuletzt erbrachten UPT
- (2) Der Vertragszahnarzt übermittelt bei Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme (Einstieg in die laufende Behandlung) und bei einem Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme erfolgt, folgende Antragsdaten:
1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
 2. Antragsnummer
 3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
 4. Datum der Befunderhebung
 5. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan PAR)
 6. Kennzeichen bei Vorliegen eines Vertragszahnarztwechsels mit Planübernahme oder eines danach erfolgenden Krankenkassenwechsels
 7. Antragsnummer des Behandlungsplans, in den eingestiegen wird
 8. Bemerkungen
 9. Leistungen ab Einstieg in die Behandlung (Gebührennummern einschließlich Anzahl)
 10. Bei Krankenkassenwechsel: Antragsnummer des von vorheriger Krankenkasse genehmigten Antrags auf Einstieg in die Behandlung, Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse, Leistungen, die mit vorheriger Krankenkasse abgerechnet werden (BEMA-Nr. und Anzahl) sowie die Nr. der zuletzt erbrachten UPT

§ 10a
Art und Inhalt der Antragsdaten für die Verlängerung der
Unterstützenden Parodontitistherapie

- (1) Der Vertragszahnarzt übermittelt bei einem Antrag auf Verlängerung der unterstützenden Parodontitistherapie und bei einem Krankenkassenwechsel während der Verlängerungsphase folgende Antragsdaten:
1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, dass es sich um einen Antrag handelt)
 2. Antragsnummer
 3. Ausstellungsdatum des Verlängerungsantrags
 4. Art des Behandlungsplans (Antrag auf Verlängerung der UPT)
 5. Kennzeichen bei Krankenkassenwechsel
 6. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
 7. Ausstellungsdatum des ursprünglichen Behandlungsplans (Parodontalstatus), auf den sich der UPT-Verlängerungsantrag bezieht
 8. Grad (Progression) nach ursprünglichem Behandlungsplan
 9. Datum der ersten UPT-Leistung
 10. Angabe der Zähne, an denen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen ≥ 5 mm vorliegen
 11. Beantragte Gesamtdauer der Verlängerung in Monaten
 12. Begründung bei Verlängerung über den Regelzeitraum (6 Monate) hinaus
 13. Bei Krankenkassenwechsel: Antragsnummer des von vorheriger Krankenkasse genehmigten Verlängerungsantrags, Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse, Nummer der zuletzt erbrachten UPT
- (2) Der Vertragszahnarzt übermittelt bei einem Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme (Einstieg in die Verlängerung der UPT) und bei einem Krankenkassenwechsel, der nach dem Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme erfolgt, folgende Antragsdaten:
1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, dass es sich um einen Antrag handelt)
 2. Antragsnummer
 3. Ausstellungsdatum des Verlängerungsantrags
 4. Art des Behandlungsplans (Antrag auf Verlängerung der UPT)
 5. Kennzeichen bei Vorliegen eines Vertragszahnarztwechsels mit Planübernahme oder eines danach erfolgenden Krankenkassenwechsels
 6. Antragsnummer des Verlängerungsantrags, in den eingestiegen wird
 7. Bei Krankenkassenwechsel: Antragsnummer des von vorheriger Krankenkasse genehmigten Antrags auf Einstieg in die UPT-Verlängerung, Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse, Nummer der zuletzt erbrachten UPT

§ 10b
Art und Inhalt der Daten bei Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei an-
spruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

- (1) Der Vertragszahnarzt übermittelt bei der Anzeige der Behandlung, bei Vertragszahnarztwechsel mit Neuplanung und bei einem Krankenkassenwechsel folgende Daten:
1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Anzeige oder um die Änderung einer Anzeige handelt)
 2. Antragsnummer (im Sinne einer Anzeigenummer)
 3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans

4. Art des Behandlungsplans (Anzeige Behandlung Versicherter nach § 22a SGB V)
 5. Kennzeichen bei Vorliegen eines Vertragszahnarztwechsels mit Neuplanung (optional) oder eines Krankenkassenwechsels
 6. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderungsanzeigen)
 7. Begründung der modifizierten PAR-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V
 8. Geplante Leistungen (Gebührennummern BEMA einschließlich Zahnangabe und Anzahl)
 9. Bei Krankenkassenwechsel: Antragsnummer des bei der vorherigen Krankenkasse zuletzt angezeigten Behandlungsplans, Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse, Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden (BEMA-Nr. und Anzahl), sowie Datum der ersten Leistung nach BEMA-Nr. UPT (wenn Kassenwechsel nach erster UPT-Leistung erfolgt)
- (2) Der Vertragszahnarzt übermittelt bei einem Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme (Einstieg in die Behandlung) und bei einem Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach dem Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme erfolgt, folgende Daten:
1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Anzeige oder um die Änderung einer Anzeige handelt)
 2. Antragsnummer (im Sinne einer Anzeigenummer)
 3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
 4. Art des Behandlungsplans (Anzeige Behandlung Versicherter nach § 22a SGB V)
 5. Kennzeichen bei Vorliegen eines Vertragszahnarztwechsels mit Planübernahme oder eines danach erfolgenden Krankenkassenwechsels
 6. Antragsnummer des Behandlungsplans, in den eingestiegen wird
 7. Leistungen ab Einstieg in die Behandlung (Gebührennummern BEMA einschließlich Anzahl)
 8. Bei Krankenkassenwechsel: Antragsnummer der an die vorherige Krankenkasse übermittelten Anzeige des Einstiegs in die Behandlung, Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse, Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden (BEMA-Nr. und Anzahl), sowie Datum der ersten Leistung nach BEMA-Nr. UPT (wenn Kassenwechsel nach erster UPT-Leistung erfolgt)

§ 11

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer des Behandlungsplans
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Art des Behandlungsplans (Heil- und Kostenplan oder Wiederherstellung/Erweiterung)
5. Kennzeichen zum Vorliegen eines Vertragszahnarztwechsels mit Neuplanung (optional) oder eines Krankenkassenwechsels
6. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderungsantrag)
7. Angaben zu Therapieschritten (Anzahl Therapieschritte insgesamt und lfd. Nr. des Therapieschritts)

8. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan
 - a. Kennzeichen für Befund, Regelversorgung und ggf. Therapieplanung
 - b. Bemerkungen (bei Wiederherstellung: Art der Leistung) und ggf. zusätzliche Erläuterungen
 - c. Weitere Angaben wie Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit, SER sowie Interimsversorgung, Immediatversorgung, unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone, Alter des unbrauchbaren Zahnersatzes in ca.-Jahren getrennt für Ober- und Unterkiefer, NEM, Direktabrechnung
9. Befunde für Festzuschüsse: Befund-Nummern, Zahn/Gebiet, Anzahl
10. Kostenplanung
 - a. Gebührennummern BEMA und Anzahl
 - b. GOZ-Leistungen (Zahn/Gebiet; Gebührennummer GOZ; Leistungsbeschreibung, Anzahl)
 - c. Zahnärztliches Honorar BEMA
 - d. Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)
 - e. Material- und Laborkosten (geschätzt)
 - f. Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)
11. Höhe der Festzuschüsse in Prozent anhand der Einträge im Bonusheft* bzw. der Informationen im PVS des Vertragszahnarztes
12. Kennzeichen für vermuteten Härtefall (optional)
13. Voraussichtlicher Herstellungsort bzw. voraussichtliches Herstellungsland
14. Bei Krankenkassenwechsel: Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplans, Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse

*Protokollnotiz zu Nr. 11: Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der Zahnarzt im Nachhinein für eine falsche Angabe der Höhe der Festzuschüsse in Prozent nicht haftbar gemacht werden kann, wenn die Krankenkasse bei der Prüfung des Antrags eine andere Höhe der Festzuschüsse feststellt.

Artikel 4

Redaktionelle Änderungen wegen Entfall von Papiervordrucken

- (I) Anlage 2 Ziffer 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:
„Vor Beginn der Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) mit den in § 11 der Anlage 15 BMV-Z aufgeführten Angaben zu erstellen.“
- (II) In Anlage 2 werden bei Ziffer 1 die Sätze 2 und 3 gestrichen. Die Sätze 4 bis 7 erhalten die Satznummern 2 bis 5.
- (III) Anlage 2 Ziffer 2 Sätze 3 bis 6 erhalten folgende Fassung:
„³Außerdem hat der Vertragszahnarzt den voraussichtlichen Bonus (prozentuale Höhe der Festzuschüsse) anhand der ihm vorliegenden Unterlagen anzugeben.
⁴In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. ⁵Damit für die Krankenkasse erkennbar ist, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt, muss dies im HKP unter „Anzahl der Therapieschritte“ aufgeführt werden. ⁶Für die einzelnen Therapieschritte ist jeweils ein eigener HKP auszustellen; die Planungen sind durchnummerieren und zeitgleich an die Krankenkasse zu übermitteln.“
- (IV) Anlage 2 Ziffer 2 Satz 8 wird gestrichen.

- (V) Anlage 2 Ziffer 2 Satz 9 wird zu Satz 8 und erhält folgende Fassung:
 „⁸Der Vertragszahnarzt kennzeichnet auf dem HKP die Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat, mit dem Kennzeichen „Direktabrechnung“.
- (VI) Anlage 2 Ziffer 3 Satz 1 erhält folgende Fassung:
 „¹Der Vertragszahnarzt informiert den Patienten in schriftlicher Form (Formular 3c oder Formular 3d der Anlage 14a BMV-Z) über die geplante Behandlung.“
- (VII) Anlage 2 Ziffer 5 Satz 2 wird gestrichen.
- (VIII) Anlage 2 Ziffer 6 Satz 5 erhält folgende Fassung:
 „⁵Bei Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse ein neuer HKP als Änderungsantrag vorzulegen.“
- (IX) Anlage 2 Ziffer 7 Satz 9 erhält folgende Fassung:
 „⁹Neben der Gesamtrechnung erhält der Versicherte zur Vorlage bei der Krankenkasse den Vordruck 3e (Direktabrechnung Zahnersatz).“
- (X) Anlage 6 § 4 Abs. 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:
 „¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter einen Ausdruck des abgerechneten HKP (eFormular 3 der Anlage 14c zum BMV-Z), der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln.“
- (XI) Anlage 6 Satz 2 der Protokollnotiz zu § 4 erhält folgende Fassung:
 „In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den HKP (Ausdruck des eFormulars 3 der Anlage 14c zum BMV-Z), der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.“

Artikel 5

Weitere redaktionelle Änderungen

- (I) In Anlage 4 § 2 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „eFormular 4a“ durch die Wörter „eFormular 4“ ersetzt.
- (II) In Anlage 5 § 1 Abs. 4 Satz 1 werden die Wörter „gemäß Absatz 2 Satz 1 und 2“ in die Wörter „gemäß Absatz 2 Satz 1“ geändert.
- (III) In Anlage 5 wird § 2 Abs. 2 Satz 1 wie folgt geändert:
 „¹Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Ausdruck eFormular 5 [Blatt 1 und Blatt 2] nach Anlage 14c BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens durch Übermittlung eines Exemplars des Vordrucks 6a.“
- (IV) In Anlage 6 wird § 2 Absatz 2 Satz 2 wie folgt gefasst:
 „²Dazu übersendet sie einen Antwortdatensatz gemäß § 14 Anlage 15 BMV-Z an den Vertragszahnarzt.“
- (V) In Anlage 14b werden im letzten Satz der Ausfüllhinweise zu Muster 16 die Wörter „§ 311 Absatz 2 SGB V“ in „§ 402 Absatz 2 SGB V“ geändert.
- (VI) In Anlage 14d werden bei Ziffer 1 Satz 2 der Ausfüllhinweise zu eFormular 3 (HKP) die Wörter „siehe Anhang“ gestrichen.

- (VII) In Anlage 18 Abschnitt 1 werden in § 5 Abs. 1 Satz 1 die Wörter „§ 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V“ in „§ 402 Absatz 2 SGB V“ geändert.

Artikel 6

Änderung der Anlage 8a BMV-Z

- (I) Nach § 1 Absatz 3 wird Absatz 4 wie folgt neu eingefügt:
- (4) ¹Ergänzend zur Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken nach § 295 Absatz 2 SGB V übermitteln die KZVen an die Krankenkassen vorab unbereinigte Abrechnungsdatensätze gem. § 295b SGB V zur Weiterleitung an den GKV-Spitzenverband; eine Verarbeitung dieser Daten durch die Krankenkassen ist zulässig, soweit es die Aufgabenerfüllung erfordert. ²Unbereinigte Abrechnungsdatensätze in diesem Sinne sind die entsprechend des jeweiligen Absatzes 1 der §§ 2 und 4 für die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen aufbereiteten Datensätze (Einzelfallnachweise), ohne dass zuvor eine auf Abrechnungszwecke abgestellte Bereinigung und Fehlerbeseitigung vorgenommen, also insbesondere keine Abrechnungs- oder Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt wurde. ³Die Datenübermittlung ist als unbereinigte Vorabübermittlung i. S. v. § 295b SGB V zu kennzeichnen und hat spätestens vier Wochen nach Ende des jeweiligen Quartals zu erfolgen.
- Protokollnotiz zu Absatz 4*
- Eine gesonderte Vorabübermittlung unbereinigter Daten für die monatlich abgerechneten Leistungen nach §§ 3, 5 und 6 erfolgt nicht, weil diese bereits als geprüfte Daten in den vorgesehenen Vorquartalslieferungen nach § 303b Abs. 1 Satz 2 SGB V enthalten sind.*
- (II) Die auf Grundlage dieser Neuregelung erfolgenden Datenlieferungen erfolgen erstmals im vierten Quartal 2025 für das dritte Quartal 2025.

Artikel 7

Inkrafttreten

Artikel 1 (Anlage 14c, eFormulare), 2 (Anlage 14d, Ausfüllhinweise), 3 (Anlage 15, §§ 7 bis 11), 4 (Redaktionelle Änderungen wegen Entfall von Papiervordrucken) und 5 (Weitere redaktionelle Änderungen) treten mit Wirkung zum 01.04.2025 in Kraft.

Artikel 6 (Anlage 8a) tritt mit Wirkung zum 01.07.2025 in Kraft.

Berlin, 28.05.2025
gez. KZBV, GKV-SV