

Anlage 15

Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 18.12.2019, Datum des Inkrafttretens: 01.04.2021

Zuletzt geändert am 19.02.2024, mit Wirkung ab dem 20.02.2024

§ 1

Vereinbarungsgegenstand und Grundlagen

¹§ 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V verpflichtet die Bundesmantelvertragspartner im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren zu regeln. ²In Erfüllung dieser Vorgabe vereinbaren die Vertragspartner die nachfolgenden Regelungen für die elektronische Übermittlung von Antrags- und Genehmigungsdaten für bewilligungspflichtige Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 bis 5.

³Parallel dazu werden die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag die für das elektronische Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen Anpassungen vornehmen. ⁴Bei der Digitalisierung der vereinbarten Vordrucke sollen die Datenfelder und die Feldinhalte der in Anlage 14a BMV-Z dargestellten Papiervordrucke möglichst inhaltlich identisch übernommen werden.

§ 2

Allgemeines zum Verfahren

- (1) ¹Grundvoraussetzungen für die Einführung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens sind der Anschluss des Vertragszahnarztes* und der Krankenkasse an die Telematikinfrastruktur (TI) und die Verwendung der kryptografischen Funktionen der TI-Plattform, zum Verschlüsseln, Entschlüsseln und Signieren, sowie die Verwendung der Fachanwendung „Sichere Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM). ²Die KIM-Adresse des Vertragszahnarztes darf von der Krankenkasse nur zur Versendung von Antwortdatensätzen, technischen Empfangsbestätigungen oder Fehlermeldungen verwendet werden. ³Der Vertragszahnarzt verwendet im Rahmen des elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens die KIM-Adresse der Krankenkasse nur für die Übermittlung von Antrags- und Mitteilungsdatensätzen sowie von Anzeigen.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt erstellt für die elektronische Übermittlung von Leistungsanträgen, Leistungsanzeigen und Mitteilungen einen Datensatz gemäß den in dieser Vereinbarung und in der Technischen Anlage (Anlage 15a BMV-Z) aufgeführten Parametern. ²Die Antrags- und Anzeigedaten enthalten die für die Genehmigung bzw. die für die Verarbeitung der Anzeige erforderlichen versichertenbezogenen Informationen sowie zur Identifikation des Antragsdatensatzes eine eindeutige Antragsnummer. ³Die Mitteilungsdaten enthalten die je nach Art der Mitteilung erforderlichen Informationen sowie eine eindeutige Mitteilungsnummer. ⁴Mit der Anbindung der Vertragszahnarztpraxen an die TI sind die Vertragszahnärzte in der Lage, die Daten zu signieren und zu verschlüsseln. ⁵Die Antrags-, Anzeige- und Mitteilungsdaten sind vom Vertragszahnarzt mit dem öffentlichen Schlüssel der Krankenkasse zu verschlüsseln und grundsätzlich qualifiziert elektronisch mittels eHBA zu signieren. ⁶Wenn die Signierung mit den Komponenten der TI aus technischen Gründen oder aus anderen Gründen, die nicht in der Verantwortung des Zahnarztes liegen, nicht möglich ist, ist ausnahmsweise eine Signierung der Antragsdaten und Mitteilungsdaten mittels

SMC-B zulässig. ⁷Die Antwortdatensätze der Krankenkassen an den Vertragszahnarzt sind ebenfalls zu signieren und zu verschlüsseln.

**Die Bezeichnung „Vertragszahnarzt“ wird im Folgenden stellvertretend für alle Teilnehmer an der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V verwendet.*

§ 3

Art und Struktur der Datensätze

¹Die elektronische Übermittlung von Anträgen, Anzeigen und Mitteilungen des Vertragszahnarztes an die Krankenkasse sowie von Antworten der Krankenkasse an den Vertragszahnarzt erfolgt mit jeweils eigenen Datensätzen. ²Antrags- und Anzeigedatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Antrags- bzw. Anzeigedaten in Abhängigkeit von der beantragten bzw. angezeigten Leistung. ³Mitteilungsdatsätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Mitteilungsdaten in Abhängigkeit von der Art der Mitteilung. ⁴Antwortdatensätze beinhalten Kopfdaten und Antwortdaten.

§ 4

Inhalte der Kopfdaten (Header)

Der Vertragszahnarzt übermittelt zu jedem Antrag und zu jeder Mitteilung, die Krankenkasse zu jeder Antwort folgende Kopfdaten:

1. KIM-Adresse Vertragszahnarzt
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
3. Erstellungsdatum der Datei
4. Erstellungszeitpunkt der Datei
5. Verfahrenskennzeichen (zur Unterscheidung von Test- und Echtdaten)
6. Logische Version (Schlüssel-Nr. zur Feststellung, auf welcher Dokumentengrundlage der Datensatz beruht)
7. Nachrichtentyp (Schlüssel-Nr. zur Kennzeichnung der Art der Nachricht)
8. Aktenzeichen des Softwareherstellers (bei Antwort der Krankenkasse optional)
9. Softwarename und Version (optional)

§ 5

Art und Inhalt der Stammdaten des Versicherten

Der Vertragszahnarzt übermittelt zu jedem Antrag und zu jeder Mitteilung folgende Stammdaten des Versicherten:

1. Name der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers
2. Versichertennummer oder Ersatznummer*
3. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf der elektronischen Gesundheitskarte
4. Titel, Name, Vorname, Namenszusatz, Vorsatzwort(e) des Versicherten
5. Geburtsdatum des Versicherten
6. Anschrift des Versicherten (Straßenname, Hausnummer¹, alternativ: „Postfach“, Postfachnummer, Wohnsitzländercode, PLZ, Ort, alternativ: Items der „Postfachadresse“ ^{1,2})
7. Karteneinlesedatum

¹ durch Leerzeichen getrennt

² nur zulässig, wenn keine Straßenadresse vorhanden

**Eine Ersatznummer ist diejenige Nummer, die Krankenkassen neuen Versicherten für die Übergangszeit bis zum Vorliegen der eGK zuteilen. Die Ersatznummer ist dem Anspruchsnachweis der Krankenkasse zu entnehmen*

§ 6

Art und Inhalt der Stammdaten des Vertragszahnarztes

Der Vertragszahnarzt übermittelt zu jedem Antrag, zu jeder Anzeige und zu jeder Mitteilung seine folgenden Stammdaten:

1. Zahnarztnummer*
2. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
3. Name der Praxis (Nachname des Zahnarztes oder Praxisname) oder der Einrichtung
4. Anschrift der Praxis oder der Einrichtung (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
5. Telefonnummer (optional)
6. E-Mail-Adresse (optional)

**Die Vertragspartner sind sich einig, dass keine Personenidentität zwischen antragstellendem und abrechnendem Zahnarzt bestehen muss und aus diesem Grund die Zahnarztnummer im Antragsdatensatz von der Zahnarztnummer im Abrechnungsdatensatz abweichen kann. In den Stammdaten gemäß § 6 wird die Zahnarztnummer des Planerstellers übermittelt.*

§ 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, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume
8. Bei stationärer Krankenhausbehandlung: Angaben über deren voraussichtliche Dauer (Beginn/Ende)
9. Name und Anschrift des Krankenhauses (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, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume
7. Bei stationärer Krankenhausbehandlung: Angaben über deren voraussichtliche Dauer (Beginn, Ende)
8. Name und Anschrift des Krankenhauses (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

Der Vertragszahnarzt übermittelt 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 oder Krankenkassenwechsels
6. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Therapieänderung, Verlängerungsantrag und bei Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme)
7. Bei Verlängerungsanträgen: (ursprünglicher) Behandlungsbeginn Quartal, Beginn der Verlängerung Quartal, voraussichtliche Dauer der Verlängerung in Quartalen
8. Bei Vertragszahnarztwechsel mit Planübernahme: Quartal, in dem der Vertragszahnarzt in den laufenden Behandlungsplan einsteigt
9. Bei Krankenkassenwechsel: Institutionskennzeichen (IK) der vorherigen Krankenkasse und Nummer des Abschlags, bis zu dem mit der vorherigen Kasse abgerechnet wird
10. Kennzeichen bei Unfall/Unfallfolge/Berufskrankheit
11. Angabe, ob Frühbehandlung, Frühe Behandlung oder Erwachsenenbehandlung
12. KIG-Einstufung (nicht bei Therapieänderungs- und Verlängerungsantrag), ggf. gesonderte Angabe von E3 oder E4
13. Anamnese (bei Therapieänderungs- und Verlängerungsantrag optional)
14. Diagnose im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
15. Therapie im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
16. Angabe verwendeter Geräte
17. Gebührennummer BEMA und Anzahl für Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen
18. Angabe der Punkte für die Bewertungskriterien nach I. bis V. einschließlich der Punktsummen sowie des daraus resultierenden Buchstabens für den Schwierigkeitsgrad für die Umformung eines Kiefers nach BEMA-Nr. 119
19. Angabe der Punkte für die Bewertungskriterien nach I. bis IV. einschließlich der Punktsummen sowie des daraus resultierenden Buchstabens für den Schwierigkeitsgrad für die Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss nach BEMA-Nr. 120
20. Gebührennummer BEMA und Anzahl für sonstige Leistungen
21. Voraussichtliche Behandlungsdauer in Quartalen
22. Geschätzte Material- und Laborkosten
23. Voraussichtliche Gesamtkosten

§ 10
**Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei systematischer
Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen**

Der 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. Datum der Befunderhebung
5. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan PAR)
6. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderungsantrag)
7. Angaben zur Anamnese des Versicherten, bei früherer PAR-Behandlung Angabe des ca.-Jahres
8. Angaben zur Diagnose (Parodontitis, Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen, andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen)
9. Angaben zum Stadium (Schweregrad) der Erkrankung (röntgenologischer Knochenabbau oder interdentaler CAL, Zahnverlust aufgrund von Parodontitis, Komplexitätsfaktoren)
10. Ausmaß/Verteilung (lokalisiert, generalisiert, Molaren-Inzisiven-Muster)
11. Angaben zum Grad (Progression) der Erkrankung (Grad, Knochenabbauindex, Diabetes, Rauchen)
12. Zahnstatus (fehlender oder nicht erhaltungswürdiger Zahn, weitere Angaben optional)
13. Angaben zum Befund: Sondierungstiefen, Sondierungsblutung, Lockerungsgrad und Grad des Furkationsbefalls
14. Kennzeichen, an welchen Zähnen eine AIT durchgeführt werden soll
15. Bemerkungen
16. Geplante Leistungen (Gebührennummern einschließlich Anzahl)

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

Der Vertragszahnarzt übermittelt 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. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Datum des Parodontalstatus nach ursprünglichem Behandlungsplan
7. Grad (Progression) nach ursprünglichem Behandlungsplan
8. Datum der ersten UPT-Leistung
9. Angabe der Zähne, an denen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen ≥ 5 mm vorliegen
10. Angabe, ob Verlängerung um Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt wird

11. Angabe, ob Verlängerungszeitraum über Regelzeitraum von 6 Monaten hinausgehend beantragt wird einschließlich der Angabe der Anzahl der Monate, auf die die Verlängerung insgesamt festgesetzt werden soll und Begründung

§ 10b

Art und Inhalt der Daten bei Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

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. Art des Behandlungsplans (Anzeige Behandlung Versicherter nach § 22a SGB V)
5. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderungsanzeigen)
6. Begründung der modifizierten PAR-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V
7. Geplante Leistungen (Gebührennummern einschließlich Zahnangabe und Anzahl)

§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. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (bei Änderungsantrag)
6. Angaben zu Therapieschritten (Anzahl Therapieschritte insgesamt und lfd. Nr. des Therapieschritts)
7. Befund (B)
8. Regelversorgung (R)
9. Therapieplanung (TP)
10. Bemerkungen (bei Wiederherstellung: Art der Leistung) und ggf. zusätzliche Erläuterungen
11. Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit, Versorgungsleiden
12. Weitere Angaben: Interimsversorgung, Immediatversorgung, unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone, Alter des unbrauchbaren Zahnersatzes in ca.-Jahren getrennt für Ober- und Unterkiefer, NEM
13. Befunde für Festzuschüsse: Befund-Nummern, Zahn/Gebiet, Anzahl
14. Gebührennummern BEMA und Anzahl
15. Bei GOZ-Leistungen:
 - a) Zahn/Gebiet
 - b) Gebührennummer GOZ
 - c) Leistungsbeschreibung
 - d) Anzahl
16. Zahnärztliches Honorar BEMA
17. Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)

18. Geschätzte Material- und Laborkosten
19. Geschätzte Behandlungskosten insgesamt
20. Höhe der Festzuschüsse in Prozent anhand der Einträge im Bonusheft* bzw. der Informationen im PVS des Vertragszahnarztes
21. Kennzeichen für vermuteten Härtefall (optional)
22. Voraussichtlicher Herstellungsort

**Protokollnotiz zu Nr. 20: 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.*

§ 12

Art und Inhalt von Mitteilungen an die Krankenkasse

Der Vertragszahnarzt übermittelt bei jeder Mitteilung folgende Daten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Mitteilung oder um die Änderung einer Mitteilung handelt)
2. Mitteilungsnummer
3. Antragsnummer, auf die sich die Mitteilung bezieht (außer bei Mitteilungsart „KIG-Einstufung“)
4. Ausstellungsdatum der Mitteilung
5. Art der Mitteilung
6. Datum ursprünglicher Behandlungsplan (außer bei Mitteilungsart „KIG-Einstufung“)

Je nach Art der Mitteilung sind zusätzlich folgende Daten zu übermitteln:

KFO / Abschluss der Behandlung

7. Datum Behandlungsabschluss

KFO / Unplanmäßiger Verlauf

8. Begründung für unplanmäßigen Verlauf
9. Weitergehende Erläuterungen

KFO / Behandlungsabbruch

10. Begründung für den Abbruch der Behandlung
11. Weitergehende Erläuterungen

KFO / Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG)

12. KIG-Einstufung

KFO / Zusätzliche Leistungen nach § 2 Abs. 6 der Anlage 4 BMV-Z

13. Gebührennummern BEMA und Anzahl

PAR / Chirurgische Therapie (CPT)

14. Gebührennummern BEMA und Zahnangaben
15. Kennzeichen Überweisung

ZE / Verlängerung eines Heil- und Kostenplans

16. Verlängerung HKP

§ 13

Aufbau der Antragsnummer

¹Für eine eindeutige Identifikation von Leistungsanträgen und Leistungsanzeigen erhält der jeweilige Datensatz eine eindeutige Antragsnummer. ²Die eindeutige Antragsnummer hat den folgenden Aufbau:

1. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
2. Angabe des Antragsjahrs, zweistellig
3. Angabe des Antragsmonats („01“ bis „12“)
4. Leistungsbereich, zweistellig
5. 15-stellige praxisinterne Nummer

³Der Vertragszahnarzt stellt sicher, dass jede Antragsnummer eindeutig ist. ⁴Die Antragsnummer wird für jeden – erstmalig oder bei Änderung erneut übermittelten – Antragsdatensatz neu vergeben. ⁵Für den Aufbau der Mitteilungsnummer nach § 12 im Bereich KFO, PAR und ZE gilt das Entsprechende.

§ 14

Art und Inhalt des Antwortdatensatzes

¹Nach Prüfung des Antrags übermittelt die Krankenkasse das Ergebnis der Prüfung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Der Antwortdatensatz enthält die folgenden Angaben:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine erstmalige Übermittlung, die Änderung einer Genehmigung oder um die Beendigung einer Genehmigung handelt)
2. Antragsnummer oder Mitteilungsnummer, auf den sich der Antwortdatensatz bezieht
3. Antwortkennzeichen (z. B. „genehmigt“ oder „nicht genehmigt“)
4. Begründung bei Ablehnung des Antrags oder bei Bewilligung nach Gutachten
5. Datum der Entscheidung der Krankenkasse
6. Bei Genehmigung Zahnersatz: Höhe der Festzuschüsse in Prozent / Härtefall, Festzuschussbefund-Nummern und jeweilige Anzahl, Festzuschussbetrag pro Befund-Nr. und die Gesamtsumme der genehmigten Festzuschussbeträge
7. Bei Genehmigung KFO: Zuschusshöhe (80/90) und Quartal des Anspruchsbeginns
8. Bei Beendigung einer Genehmigung: Endedatum, d. h. Datum, bis zu dem Leistungen erbracht werden können

§ 15

Gutachterverfahren

¹Bei Einleitung eines evtl. erforderlichen Gutachterverfahrens wird dieses bis auf Weiteres papiergebunden, bei elektronisch gestellten Anträgen unter Verwendung der in Anlage 14c BMV-Z festgelegten eFormulare durchgeführt. ²Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist im Antwortdatensatz der Krankenkasse zum elektronisch gestellten Antrag des Vertragszahnarztes anzugeben.

§ 16

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung, insbesondere der Verfahrensablauf einschließlich Kontroll-, Fehler- und Berichtigungs- sowie Testverfahren werden in einer Anlage 15a „Technische Anlage“ und in einer Anlage 15b „Ergebnisse und Szenarien“ zu dieser Vereinbarung geregelt, die in ihrer jeweils aktuellen Form Bestandteil dieser Vereinbarung sind.

§ 17

Testverfahren und Einführungsphase

- (1) ¹Die Vertragspartner legen fest, dass ein Testverfahren durchgeführt wird. ²Dieses Testverfahren wird mit zahnärztlichen Anwendern in verschiedenen KZVen und mehreren Krankenkassen durchgeführt. ³Dabei ist sicherzustellen, dass jedes auf dem Markt befindliche Softwareverwaltungsprogramm, das das Eignungsfeststellungsverfahren der KZBV durchlaufen hat bzw. dessen Hersteller in die Testverfahren einbezogen werden kann. ⁴Die genauen Modalitäten der Testverfahren werden in der technischen Anlage nach § 16 dieser Vereinbarung festgelegt.
- (2) ¹Der Test mit echten Anträgen und Genehmigungen/Bewilligungen erfolgt erst, wenn KIM verwendet wird. ²Sofern der Test mit echten Anträgen und Genehmigungen/Bewilligungen erfolgt, sind die am Test Beteiligten von den bestehenden vertraglichen Bestimmungen zum Antrags- und Genehmigungsverfahren insoweit befreit, als dies für den Testbetrieb des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens erforderlich ist. ³Insbesondere wird im Antragsdatensatz auf die Unterschrift des Vertragszahnarztes verzichtet. ⁴Die datenschutzrechtlichen Erfordernisse sind zu beachten.
- (3) ¹Während der Testverfahren sind Störungen und Verzögerungen im Verfahrensablauf insbesondere im Hinblick auf die in § 13 Abs. 3a SGB V geregelten Fristen zu vermeiden. ²Es ist sicherzustellen, dass im Störfall das herkömmliche, papiergebundene Verfahren weiterhin angewendet werden kann. ³Diese Störfälle sind auf dem Bemerkungsfeld des Papierformulars zu kennzeichnen, um diese evaluieren zu können.
- (4) ¹Die Vertragspartner verständigen sich über Beginn, Dauer und Ende der Testverfahren. ²Nach einem durch eine Evaluation bestätigten erfolgreichen Abschluss der Testverfahren erfolgt die Aufnahme des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens (für die Leistungsbereiche Kieferbruch/Kiefergelenkerkrankungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie) durch ein organisiertes Rolloutverfahren, dem sich der flächendeckende Echtbetrieb zum 01.01.2023 anschließt. ³Der Leistungsbereich Parodontitis geht nach dem Testverfahren direkt in den flächendeckenden Echtbetrieb über. ⁴Mit Beginn des Echtbetriebs muss der Vertragszahnarzt mit den entsprechenden PVS-Modulen ausgestattet sein.
- (5) ¹Zahnarztpraxen, deren Aufgabe bis zum 30.06.2023 erfolgt, sind nicht verpflichtet, am elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren teilzunehmen. ²Sie können auf die entsprechenden Vordrucke der Anlage 14a BMV-Z zurückgreifen.
- (6) ¹Nach einer Einführungsphase vom 01.01.2023 bis zum 31.12.2023 werden die Vertragspartner eine Evaluation durchführen. ²Die Vertragspartner werden dann über ggf. erforderliche Anpassungen des Verfahrens beraten.

§ 18

Regelungen für Störfälle

¹In Fällen, in denen eine digitale Übermittlung des elektronischen Antrags aufgrund technischer Störungen nicht möglich ist, kann der Vertragszahnarzt bei medizinisch sofort notwendigen Versorgungsmöglichkeiten (insbesondere im Bereich Zahnersatz) einen mittels Stylesheet nach Anlage 14c BMV-Z erzeugten papiergebundenen, unterschriebenen Ausdruck des Behandlungsplans an die Krankenkasse versenden. ²Eine nach Behebung der Störung zusätzliche Übermittlung des Antrags in elektronischer Form findet nicht statt. ³Änderungsanträge, Mitteilungen o. Ä., die auf den ursprünglich als Ausdruck übermittelten Antrag Bezug nehmen, sind elektronisch zu übermitteln.

§ 19

Weiterentwicklung des Verfahrens

Die Vertragspartner unterziehen das Verfahren spätestens nach fünf Jahren einer Prüfung und berücksichtigen dabei auch die Weiterentwicklung der Telematikinfrastuktur im Gesundheitswesen.

§ 20

Inkrafttreten

¹Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2022 in Kraft und kann mit einer Frist von 6 Monaten jeweils zum 31.12. oder 30.06. eines jeden Jahres gekündigt werden.

²Bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung gelten die bisherigen Regelungen fort.