

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

§ 1

Vereinbarungsgegenstand und Grundlagen

§ 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V verpflichtet die Bundesmantelvertragspartner im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren zu regeln. In 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.

Parallel dazu werden die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag die für das elektronische Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen Anpassungen vornehmen. Bei 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

Grundvoraussetzungen 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 zwischen Leistungserbringern“ (KOM-LE). Die KOM-LE-Adresse des Vertragszahnarztes darf von der Krankenkasse nur zur Versendung von Antwortdatensätzen, technischen Empfangsbestätigungen oder Fehlermeldungen verwendet werden.

Der Vertragszahnarzt hat die für die Beantragung von Leistungen notwendigen Angaben an die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln.

Der Vertragszahnarzt erstellt für die elektronische Übermittlung von Leistungsanträgen einen Antragsdatensatz gemäß den in dieser Vereinbarung aufgeführten Parametern. Die Antragsdaten enthalten die für die Genehmigung erforderlichen versichertenbezogenen Informationen sowie zur Identifikation des Antragsdatensatzes eine eindeutige Antragsnummer. Mit der Anbindung der Vertragszahnarztpraxen an der TI sind die Vertragszahnärzte in der Lage, die Daten zu signieren und zu verschlüsseln. Die Antragsdaten werden vom Vertragszahnarzt mit dem öffentlichen Schlüssel der Krankenkasse verschlüsselt. Die signierten und verschlüsselten Antragsdaten sendet der Vertragszahnarzt an die zuständige Krankenkasse bzw. deren Datenannahmestelle.

Nach Prüfung der Antragsdaten erstellt die Krankenkasse einen Antwortdatensatz und signiert und verschlüsselt diesen für den Vertragszahnarzt. Die Krankenkasse sendet den signierten und verschlüsselten Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt zurück.

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

Protokollnotiz zu § 2:

Die Vertragspartner werden sich bis zum 31.12.2020 über ein elektronisches Äquivalent zur Unterschrift des Zahnarztes verständigen, welches auch die von der gematik GmbH entwickelten technischen Lösungen zur Vereinfachung des Signaturvorgangs berücksichtigt.

§ 3

Art und Struktur der Datensätze

Die elektronische Übermittlung von Anträgen und Mitteilungen des Vertragszahnarztes an die Krankenkasse sowie von Antworten der Krankenkasse an den Zahnarzt erfolgt mit jeweils eigenen Datensätzen. Antragsdatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Antragsdaten in Abhängigkeit von der beantragten Leistung. Mitteilungsdatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Mitteilungsdaten in Abhängigkeit von der Art der Mitteilung. Antwortdatensätze 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. KZV-Bereich
2. Abrechnungsnummer der Praxis oder Einrichtung
3. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
4. Erstellungsdatum der Datei
5. Erstellungszeitpunkt der Datei
6. Verfahrenskennzeichen (zur Unterscheidung von Test- und Echtdaten)
7. Logische Version (Schlüssel-Nr. zur Feststellung, auf welcher Dokumentengrundlage der Datensatz beruht)
8. Nachrichtentyp (Schlüssel-Nr. zur Kennzeichnung der Art der Nachricht)

§ 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 ggf. 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 (Straße, Hausnummer, Ländercode, PLZ, Ort)

**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 und zu jeder Mitteilung seine folgenden Stammdaten:

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

**Die Vertragspartner sind sich einig, dass keine Personenidentität zwischen antragstellendem und abrechnendem Zahnarzt bestehen muss und aus diesem Grund die Zahnarzt Nummer im Antragsdatensatz von der Zahnarzt Nummer im Abrechnungsdatensatz abweichen kann. In den Stammdaten gemäß § 6 wird die Zahnarzt Nummer des Planerstellers übermittelt zu dem Zweck von Rückfragen im Rahmen des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens.*

§ 7

Art und Inhalt der Daten zur Anzeigepflicht für Leistungen bei Kieferbruch

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Daten zur Anzeige:

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 Änderung
5. Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie zur Art der Verletzung
6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl
7. Angabe, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist und über deren voraussichtliche Dauer (Beginn/Ende)
8. Name und Anschrift des Krankenhauses (optional)

§ 8

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei Kiefergelenkerkrankungen

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. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans bei Änderung
5. Angaben zur Anamnese, zu Befunden, zur Diagnose
6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl
7. Angabe, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist und über deren voraussichtliche Dauer (Beginn, Ende)
8. Name und Anschrift des Krankenhauses (optional)

Haben die Vertragspartner auf Landesebene bei Kiefergelenkerkrankungen 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, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan, Therapieänderung, Verlängerungsantrag, Behandlerwechsel, Krankenkassenwechsel)
5. Bei Therapieänderung, Verlängerungsantrag, Behandlerwechsel oder einer sonstigen Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Bei Verlängerungsanträgen: (ursprünglicher) Behandlungsbeginn Quartal, Beginn der Verlängerung Quartal, voraussichtliche Dauer der Verlängerung in Quartalen
7. Bei Behandlerwechsel: Quartal, in dem der Behandler in den laufenden Behandlungsplan einsteigt
8. Bei Krankenkassenwechsel: IK der vorherigen Krankenkasse und Nummer des Abschlags, bis zu dem mit der vorherigen Kasse abgerechnet wird
9. Kennzeichen für Unfall/Unfallfolge/Berufskrankheit
10. Angabe, ob Frühbehandlung, Frühe Behandlung oder Erwachsenenbehandlung
11. KIG-Einstufung
12. Anamnese
13. Diagnose im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
14. Therapie im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
15. Angabe verwendeter Geräte
16. Gebührennummer BEMA und Anzahl für Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen
17. 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
18. 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
19. Gebührennummer BEMA und Anzahl für sonstige Leistungen
20. Voraussichtliche Behandlungsdauer in Quartalen
21. Geschätzte Material- und Laborkosten
22. Voraussichtliche Gesamtkosten

§ 10

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei systematischer Behandlung von Parodontopathien

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. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan, Therapieergänzung)
5. Bei Therapieergänzung oder einer sonstigen Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Angaben zur allgemeinen Vorgeschichte des Versicherten (Diabetes mellitus, Bluterkrankungen, HIV-Infektion, genetische Erkrankung, Osteoporose, Tabakkonsum, Sonstiges)
7. Angaben zur Familienvorgeschichte (Zahnfleischerkrankungen bei Eltern)

8. Angaben zur speziellen Vorgeschichte (Zahnfleischbluten, Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches, Zahnwanderungen, Zahnverlust durch Zahnlockerung, frühere Zahnfleischbehandlung), bei früherer Zahnfleischbehandlung mit ca.-Jahresangabe
9. Angaben zum Befund: Marginales Parodontium (Bluten auf Sondieren (generell/lokalisiert), subgingivaler Zahnstein, Taschensekretion), Folgen von Parafunktionen (Abrasionen, Schliff-Flächen), Zahnersatz (festsetzend, herausnehmbar)
10. Angaben zur Diagnose (Chronische Parodontitis, aggressive Parodontitis, Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen, nekrotisierende Parodontalerkrankung, Parodontalabszess, Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen, gingivale Vergrößerungen, Gingivia- und Weichgewebswucherung, ergänzende Angaben zur Diagnose)
11. ca.-Jahresangabe des festsetzenden und/oder des herausnehmbaren Zahnersatzes
12. Zahnstatus einschließlich fehlender Zähne
13. Angaben der Sondierungstiefen an allen vorhanden Zähnen in mm, mesial-distal oder vestibulär-oral, der Lockerungsgrade I, II oder III und der Grad des Furkationsbefalls 1, 2 oder 3
14. Angabe von Rezessionen in mm
15. Angabe zum geplanten Vorgehen (geschlossenes oder offenes Verfahren), zu Gebührennummern einschließlich Anzahl und Zahnangabe, auch bei Folgeplanung, bei Therapieergänzung ausschließlich die BEMA-Positionen P202, P203 und 111

§ 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
4. Bei Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
5. Befund (B)
6. Regelversorgung (R)
7. Therapieplanung (TP)
8. Bemerkungen (bei Wiederherstellung: Art der Leistung) und ggf. zusätzliche Erläuterungen
9. Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit, Versorgungsleiden,
10. Weitere Angaben: Interimsversorgung, Immediatversorgung, unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone, Alter des ZE in Jahren, NEM
11. Befunde für Festzuschüsse: Befund-Nummern, Zahn/Gebiet, Anzahl
12. Gebührennummern BEMA und Anzahl
13. Bei GOZ-Leistungen:
 - a. Zahn/Gebiet
 - b. Gebührennummer GOZ
 - c. Leistungsbeschreibung
 - d. Anzahl
14. Zahnärztliches Honorar BEMA
15. Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)
16. Geschätzte Material- und Laborkosten
17. Geschätzte Behandlungskosten insgesamt
18. Bonusstufe*
19. Kennzeichen für Härtefall (optional)
20. Angaben zu Therapieschritten (Anzahl Therapieschritte insgesamt und lfd. Nr. des Therapieschritts)

**Protokollnotiz zu Nr. 18: Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der Zahnarzt im Nachhinein für eine falsche Angabe der Bonusstufe nicht haftbar gemacht werden kann, wenn die Krankenkasse bei der Prüfung des Antrags keinen Bonus oder eine andere Bonusstufe 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. Antragsnummer, auf die sich die Mitteilung bezieht (außer bei Mitteilungsart „KIG-Einstufung“)
3. Ausstellungsdatum der Mitteilung
4. Art der Mitteilung
5. Datum ursprünglicher Behandlungsplan (außer bei Mitteilungsart „KIG-Einstufung“)

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

KFO / Abschluss der Behandlung

6. Datum Behandlungsabschluss

KFO / Unplanmäßiger Verlauf

7. Begründung für unplanmäßigen Verlauf
8. Weitergehende Erläuterungen

KFO / Behandlungsabbruch

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

KFO / Wiederaufnahme der abgebrochenen Behandlung

11. Begründung für die Wiederaufnahme der Behandlung

KFO / Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG)

12. KIG-Einstufung

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

13. Gebührennummern BEMA und Anzahl

ZE / Verlängerung eines Heil- und Kostenplans

14. Verlängerung HKP

§ 13

Aufbau der Antragsnummer

Für eine eindeutige Identifikation des Antrags fügt der Vertragszahnarzt dem Datensatz für den jeweiligen Leistungsantrag eine eindeutige Antragsnummer an. Die eindeutige Antragsnummer hat den folgenden Aufbau:

1. KZV-Nummer
2. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
3. Angabe des Antragsjahrs („20“ für 2020)
4. Angabe des Antragsmonats („01“ bis „12“)
5. Leistungsbereich, zweistellig
6. 16-stellige praxisinterne Nummer

Der Vertragszahnarzt stellt sicher, dass jede Antragsnummer eindeutig ist. Die Antragsnummer wird für jeden – erstmalig oder bei Änderung erneut übermittelten – Antragsdatensatz neu vergeben.

§ 14

Art und Inhalt des Antwortdatensatzes

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

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Genehmigung/Bewilligung, Ablehnung oder um eine Änderung oder einen Widerruf einer Genehmigung handelt)
2. Antragsnummer des übermittelten Antragsdatensatzes
3. Kennzeichen für die Genehmigung/Bewilligung, Ablehnung, Änderung oder Widerruf einer Genehmigung mit einem oder mehreren Begründungskennzeichen inklusive der Angabe zum Ergebnis der ggf. erfolgten gutachterlichen Stellungnahme (Schlüsseltabelle, ggf. Freitext)
4. Datum der Genehmigung/Bewilligung, Ablehnung, Änderung oder Widerruf der Genehmigung
5. Bei ZE: Befundnummer und Anzahl, Bonusstufe/Härtefall, FZ-Betrag/FZ-Beträge und deren vorläufige Summe
6. Bei KFO: Zuschusshöhe (80/90) und Quartal des Anspruchsbeginns
7. Bei Widerruf: Endedatum

§ 15

Gutachterverfahren

Bei Einleitung eines evtl. erforderlichen Gutachterverfahrens wird dieses bis auf Weiteres papiergebunden gemäß den Vordrucken in ihrer jeweils aktuellen Fassung durchgeführt. Das 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, „Technischen 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

Die Vertragspartner legen fest, dass ein Testverfahren durchgeführt wird. Dieses Testverfahren wird mit zahnärztlichen Anwendern in verschiedenen KZVen und mehreren Krankenkassen durchgeführt. Dabei 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. Die genauen Modalitäten der Testverfahren werden in der technischen Anlage nach § 16 dieser Vereinbarung festgelegt.

Der Test mit echten Anträgen und Genehmigungen/Bewilligungen erfolgt erst, wenn KOM-LE verwendet wird. Sofern 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. Insbesondere wird im Antragsdatensatz auf die Unterschrift des Vertragszahnarztes verzichtet. Die datenschutzrechtlichen Erfordernisse sind zu beachten.

Während der Testverfahren sind Störungen und Verzögerungen im Verfahrensablauf insbesondere im Hinblick auf die in § 13 Abs. 3a SGB V geregelten Fristen zu vermeiden. Es ist sicherzustellen, dass im Störfall das herkömmliche, papiergebundene Verfahren weiterhin angewendet werden kann. Diese Störfälle sind auf dem Bemerkungsfeld des Papierformulars zu kennzeichnen, um diese evaluieren zu können.

Die Vertragspartner verständigen sich über Beginn, Dauer und Ende der Testverfahren. Nach einem durch eine Evaluation bestätigten erfolgreichem Abschluss der Testverfahren erfolgt die Aufnahme des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens in den Echtbetrieb. Mit Beginn des Echtbetriebs muss der Vertragszahnarzt mit den entsprechenden Modulen ausgestattet sein.

Nach dem Start des flächendeckenden Echtbetriebs des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens kann in begründeten Fällen, insbesondere bei Programmierfehlern oder sonstigen technischen Störungen, für 12 Monate auf das Papierverfahren zurückgegriffen werden. Die Anwendung des Papierverfahrens ist auf dem Bemerkungsfeld des entsprechenden Vordrucks zu begründen.

Nach 12 Monaten werden die Vertragspartner evaluieren, in welcher Anzahl und mit welcher Begründung das Papierverfahren angewendet wurde. Die Vertragspartner werden dann über ggf. erforderliche Anpassungen des Verfahrens beraten.

§ 18

Weiterentwicklung des Verfahrens

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

§ 19

Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt zum 01.04.2021 in Kraft und kann mit einer Frist von 6 Monaten jeweils zum 31.12. oder 30.06. eines jeden Jahres gekündigt werden.

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