

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 21.12.2021, mit Wirkung ab dem 01.01.2022

§ 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

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.

⁴Der Vertragszahnarzt erstellt für die elektronische Übermittlung von Leistungsanträgen einen Antragsdatensatz gemäß den in dieser Vereinbarung aufgeführten Parametern. ⁵Die Antragsdaten enthalten die für die Genehmigung erforderlichen versichertenbezogenen Informationen sowie zur Identifikation des Antragsdatensatzes eine eindeutige Antragsnummer. ⁶Mit der Anbindung der Vertragszahnarztpraxen an der TI sind die Vertragszahnärzte in der Lage, die Daten zu signieren und zu verschlüsseln. ⁷Die Antragsdaten werden vom Vertragszahnarzt mit dem öffentlichen Schlüssel der Krankenkasse verschlüsselt. ⁸Die Antragsdaten und Mitteilungsdaten werden vom Vertragszahnarzt mit dem öffentlichen Schlüssel der Krankenkasse verschlüsselt; die elektronischen Antrags- und Mitteilungsdatensätze sind grundsätzlich qualifiziert elektronisch mittels eHBA zu signieren. ⁹Wenn 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. ¹⁰Die 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.*

§ 3

Art und Struktur der Datensätze

¹Die elektronische Übermittlung von Anträgen und Mitteilungen des Vertragszahnarztes an die Krankenkasse sowie von Antworten der Krankenkasse an den Zahnarzt erfolgt mit jeweils eigenen Datensätzen. ²Antragsdatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Antragsdaten in Abhängigkeit von der beantragten Leistung. ³Mitteilungsdatensätze 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 der Softwarehersteller (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})

**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*

¹ durch Leerzeichen getrennt

² nur zulässig, wenn keine Straßenadresse vorhanden

§ 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 eine Anzeige oder um die Änderung einer Anzeige 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, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume
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

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 Änderung
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. Angabe, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist und 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, 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. Datum der Befunderhebung
5. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan, Antrag auf Verlängerung der UPT)
6. Bei Antrag auf Verlängerung der UPT oder einer sonstigen Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
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 (Knochenabbauindex, Diabetes, Rauchen)
12. Zahnstatus (fehlender oder nicht erhaltungswürdiger Zahn, weitere Angaben optional)
13. Angaben zum Befund: Sondierungstiefen an allen vorhandenen Zähnen an mindestens zwei Stellen in mm, Sondierungsblutung an allen vorhandenen Zähnen an mindestens zwei Stellen, Lockerungsgrade 0, 1, 2 oder 3 und der Grad des Furkationsbefalls 0, 1, 2 oder 3
14. Kennzeichen, an welchen Zähnen eine AIT durchgeführt werden soll
15. Bemerkungen
16. Geplante Leistungen (Gebührennummern einschließlich Anzahl)

§ 10a

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

**Protokollnotiz zu Nr. 19: 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 zum BMV-Z

13. Gebührennummern BEMA und Anzahl

PAR / Chirurgische Therapie (CPT)

14. Gebührennummern BEMA und Anzahl

ZE / Verlängerung eines Heil- und Kostenplans

15. Verlängerung HKP

§ 13

Aufbau der Antragsnummer

¹Für eine eindeutige Identifikation des Antrags fügt der Vertragszahnarzt dem Datensatz für den jeweiligen Leistungsantrag eine eindeutige Antragsnummer an. ²Die eindeutige Antragsnummer hat den folgenden Aufbau:

1. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
2. Angabe des Antragsjahrs („20“ für 2020)
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 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 Zahnersatz: Befundnummer und Anzahl, Höhe der Festzuschüsse in Prozent / Härtefall, Festzuschussbetrag/-beträge und deren vorläufige Summe
6. Bei KFO: Zuschusshöhe (80/90) und Quartal des Anspruchsbeginns
7. Bei Widerruf: Endedatum

§ 15 Gutachterverfahren

¹Bei Einleitung eines evtl. erforderlichen Gutachterverfahrens wird dieses bis auf Weiteres papiergebunden gemäß den Vordrucken in ihrer jeweils aktuellen Fassung 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, „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 und Einführungsphase

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.

⁵Der Test mit echten Anträgen und Genehmigungen/Bewilligungen erfolgt erst, wenn KIM verwendet wird. ⁶Sofern 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. ⁷Insbesondere wird im Antragsdatensatz auf die Unterschrift des Vertragszahnarztes verzichtet. ⁸Die datenschutzrechtlichen Erfordernisse sind zu beachten.

⁹Während der Testverfahren sind Störungen und Verzögerungen im Verfahrensablauf insbesondere im Hinblick auf die in § 13 Abs. 3a SGB V geregelten Fristen zu vermeiden. ¹⁰Es ist sicherzustellen, dass im Störfall das herkömmliche, papiergebundene Verfahren weiterhin angewendet werden kann. ¹¹Diese Störfälle sind auf dem Bemerkungsfeld des Papierformulars zu kennzeichnen, um diese evaluieren zu können.

¹²Die Vertragspartner verständigen sich über Beginn, Dauer und Ende der Testverfahren. ¹³Nach einem durch eine Evaluation bestätigten erfolgreichem Abschluss der Testverfahren erfolgt die Aufnahme des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens in den Echtbetrieb. ¹⁴Mit Beginn des Echtbetriebs muss der Vertragszahnarzt mit den entsprechenden Modulen ausgestattet sein.

¹⁵Nach dem Start des flächendeckenden Echtbetriebs des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens kann in begründeten Fällen, insbesondere bei Programmierfehlern oder sonstigen technischen Störungen, in einer Einführungsphase von 12 Monaten auf das Papierverfahren (herkömmliche Formulare oder Stylesheets) zurückgegriffen werden. ¹⁶Die Anwendung des Papierverfahrens ist auf dem Bemerkungsfeld des entsprechenden Vordrucks zu begründen.

¹⁷Nach 12 Monaten werden die Vertragspartner evaluieren, in welcher Anzahl und mit welcher Begründung das Papierverfahren angewendet wurde. ¹⁸Die Vertragspartner werden dann über ggf. erforderliche Anpassungen des Verfahrens beraten.

§ 18

Regelungen für Störfälle nach der Einführungsphase

¹Wenn nach der Einführungsphase die Datenübermittlung an die Krankenkasse zum Zeitpunkt der Ausstellung des Behandlungsplans technisch nicht möglich ist, übersendet der Vertragszahnarzt bei medizinisch sofort notwendigen Versorgungsmöglichkeiten (insbesondere im Bereich Zahnersatz) einen mittels Stylesheet nach Anlage 14c zum BMV-Z erzeugten papiergebundenen unterschriebenen Ausdruck des Behandlungsplans an die Krankenkasse. ²Die Datenübermittlung in elektronischer Form erfolgt, sobald dies wieder möglich ist.

§ 19

Weiterentwicklung des Verfahrens

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