

BMV-Z

Einführung des EBZ zum 01.07.2022 – aktueller Stand und erste Details

Am 01.07.2022 startet die Einführungsphase des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens (EBZ) für zahnärztliche Leistungen in allen Vertragszahnarztpraxen. Die Änderungen im BMV-Z zum 01.01.2022 hatten die Rechtsgrundlage dafür geschaffen (AAZ 02/2022, Seite 2 f.) Während die Pilotphase seit Jahresbeginn 2022 in ausgewählten Zahnarztpraxen schon läuft, liegen nach wie vor nur wenige Informationen zur konkreten Umsetzung vor. Der vorliegende Beitrag fasst die bereits bekannten Informationen zum EBZ zusammen. |

Pilotphase und Start des Wirkbetriebs

Die KZBV hat eine Musterpräsentation angekündigt, die die Grundlage für die Information der Praxen durch die KZVen darstellen soll. Diese steht allerdings zz. noch aus. Zur laufenden Pilotphase berichtet die KZBV, dass sich die Anzahl der teilnehmenden Praxen ständig vergrößere und die bisherigen Ergebnisse durchweg positiv seien. Zz. sind jedoch noch nicht alle Krankenkassen annahmefähig; insofern wird wiederum eine etwas schleppende Pilotphase konstatiert.

MERKE | Zahnärzte stellen fest, dass z. B. Datensätze für die Genehmigung von Interimsprothesen von den Krankenkassen innerhalb eines halben Tages bearbeitet werden und die Genehmigung in dieser Zeitspanne in die Praxis zurückkommt. Auch die Genehmigung von definitivem Zahnersatz dauert unter Umständen nur ein bis zwei Tage. Wenn sich das im flächendeckenden Einsatz bestätigen sollte, wäre es ein erheblicher Zeitgewinn und eine Entlastung für die Terminplanung.

Der Wirkbetrieb wird zum 01.07.2022 starten und geht mit einer einjährigen Einführungsphase einher. In dieser Phase müssen alle Zahnarztpraxen umstellen; die Ausfertigung papiergebundener Pläne ist dann nur noch ausnahmsweise zulässig. Es werden nicht alle Leistungsbereiche zum gleichen Zeitpunkt möglich sein. So soll beispielsweise der Bereich PAR erst im April 2023 starten.

Datenübermittlung: Technische Voraussetzungen und Ablauf

Voraussetzung für die Übermittlung von Datensätzen ist die Zuteilung einer bundesweit eindeutigen Zahnarztnummer. Das ist nicht die Abrechnungsnummer, die bislang von den KZVen vergeben wurde. Diese wird es aber weiterhin geben. Zwischenzeitlich hat die KZBV ein Kontingent von 120.000 Nummern aus der zentralen Arztnummernvergabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zugeteilt bekommen. Diese Nummern werden nun von der KZBV den einzelnen KZVen zugeordnet. Damit und mit entsprechenden Handlungsanweisungen können die KZVen in Kürze die Nummern an die Praxen vergeben.



ARCHIV

Hier mobil
weiterlesen



**KZBV: Pilotphase
verläuft positiv, aber
schleppend**

**Nicht alle Leistungs-
bereiche starten
gleichzeitig**

**Zahnarztnummer
aus dem Kontingent
der KBV**

■ Steuerung der Datenübermittlung und Genehmigung

- Die **Zahnarztpraxis** kann die Übermittlung der Daten für zu genehmigende Planungen an die Krankenkassen **zeitlich steuern**. Sie kann festlegen, ob jeder einzelne Behandlungsplan direkt nach der Eingabe in das Praxisverwaltungssystem (PVS) übermittelt werden oder ob z. B. eine Stapelverarbeitung erfolgen soll (Beispiel: Es werden zehn Behandlungspläne erstellt und gesammelt zu einem definierten Zeitpunkt an die Krankenkassen übersendet).
 - In jedem Falle erfolgt die **Übersendung** eines Behandlungsplans an die Krankenkasse **nicht automatisiert**. Die Zahnarztpraxis muss aktiv die Übersendung eines Plans anstoßen.
 - Die Zahnarztpraxis generiert für jeden einzelnen Behandlungsplan mittels ihres PVS eine **eindeutige Auftragsnummer**. Mit dieser Auftragsnummer und dem Inhalt der einzelnen Datensatzfelder werden die Daten per XML-Datei an die Krankenkasse versendet.
 - Erhält die **Krankenkasse** einen Behandlungsplan zur Genehmigung, kann sie diesen nicht einfach nur zur Kenntnis nehmen oder speichern. Sie **muss eine Verwaltungsentscheidung herbeiführen**, d. h. den Plan genehmigen oder ablehnen. Die möglichen Ablehnungsgründe sind in der erwähnten TA zum EBZ hinterlegt (Details s. u. im Abschnitt „Schlüsselverzeichnisse“).
 - **Lehnt die Krankenkasse einen Behandlungsplan ab**, stuft das Abrechnungsmodul in der Zahnarztpraxis den betreffenden **Fall als nicht abrechenbar** ein. Denn zum Zeitpunkt der Abrechnung liegt keine Genehmigung vor. Das gilt auch, wenn die Krankenkasse zum Zeitpunkt der vorgesehenen Abrechnung noch keinen Antwortdatensatz an die Zahnarztpraxis zurückgesandt hatte.
- Wichtig |** Die Einstufung als nicht abrechenbarer Fall wird noch eine Rolle spielen bei zahnärztlichen Leistungen, für die bislang ein Genehmigungsverzicht nicht vorgesehen ist. Das betrifft z. B. in vielen KZV-Bereichen Wiederherstellungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Zahnkronen oder Aufbissbehelfe bei Kiefergelenkserkrankungen. In diesen Fällen wird die Praxis den Behandlungsplan nicht an die Krankenkasse elektronisch übermitteln dürfen. Wird der Plan der Kasse zugesendet, muss diese das Genehmigungsverfahren durchführen. Das soll jedoch vermieden werden, um die erreichte Genehmigungsfreiheit nicht zu konterkarieren.
- **Im Einzelfall kann die Zahnarztpraxis aktiv entscheiden**, ob sie einen aufgestellten Behandlungsplan **elektronisch** an die Krankenkasse zur Genehmigung übersendet (vergleichbar mit dem bisherigen Papierverfahren).
 - Im Gegenzug können auch die **Krankenkassen Kriterien festlegen**, für welche Fallkonstellationen eine **automatisierte maschinelle Genehmigung eines Behandlungsplanes** erfolgen soll. Dann entfällt die Prüfung durch Mitarbeitende der Krankenkassen. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass die Zahnarztpraxis innerhalb weniger Minuten einen Antwortdatensatz mit einer Genehmigung übermittelt bekommt.

Inhalt und Struktur der übermittelten Daten

Bei jeder Übermittlung zwischen Zahnarztpraxis und Krankenkasse wird eine Nutzdatendatei übertragen. Die zu übermittelnden Nutzdaten müssen exakt den in der TA beschriebenen Inhalten und Strukturen entsprechen. Eine Nutzdatendatei enthält genau einen Antrags-, Mitteilungs- oder einen Antwortdatensatz oder eine Fehlernachricht. Die Übertragungsdateien werden nicht komprimiert. Der jeweilige Absender der Daten (also Vertragszahnarztpraxis oder Krankenkasse/Datenannahmestelle) hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Die Prüfung muss mindestens der Qualität einer XML-Schemaprüfung entsprechen. Die Datenübermittlung zwischen Zahnarztpraxis und Krankenkasse/Datenannahmestelle erfolgt ausschließlich per Datenfernübertragung über die TI. Als Übermittlungsart wird das sichere Übermittlungsverfahren KIM verwendet.

Nur geprüfte Daten dürfen übermittelt werden!

Signatur und Verschlüsselung

Bei der Übermittlung von Antrags- oder Mitteilungsdaten an die Krankenkasse werden die Daten in der Vertragszahnarztpraxis (fortgeschritten per SMC-B/qualifiziert per eHBA) signiert. Dabei kommt der Signaturdienst des Konnektors gemäß Spezifikation der gematik zum Einsatz. Als Signaturverfahren für Antragsdateien wird CMS (CAAdES) enveloping verwendet. Die Stapelsignaturfunktion kann verwendet werden. Bei der Übermittlung von Antwortdaten oder Fehlermeldungen von der Krankenkasse an die Vertragszahnarztpraxis werden diese durch die Krankenkasse elektronisch per SM B KTR signiert. Dabei kommt der Signaturdienst des Basis-/KTR-Consumers gemäß Spezifikation der gematik zum Einsatz. Als Signaturverfahren für Antwort- oder Fehlerdateien wird ebenfalls CMS (CAAdES) enveloping verwendet.

Die Ende-zu-Ende-Verschlüsselung der Daten erfolgt im Rahmen der Datenübermittlung mittels KIM. Dabei wird die gesamte KIM-Nachricht einschließlich deren Anhänge über das Clientmodul des Absenders automatisch für den Empfänger Ende-zu-Ende verschlüsselt. Die Entschlüsselung der Nachricht erfolgt durch das Clientmodul des Empfängers.

Schlüsselverzeichnisse

Für die diversen Inhalte werden Schlüssel verwendet, die sich bspw. wie folgt darstellen:

■ Kennzeichen für die Antwort der Krankenkasse (ANW)

Schlüssel	Inhalt/Erläuterungen
0	nicht genehmigt
1	genehmigt

■ Kennzeichen für die Begründung zur Antwort der Krankenkasse (ANW)

Schlüssel	Inhalt/Erläuterungen
01	Nicht richtlinienkonform
02	Fehlende Versicherung
03	Gutachterlich befürwortet
04	Gutachterlich nicht befürwortet
05	Gutachterlich teilweise befürwortet
06	Taschentiefen unzureichend (PAR)
07	Implantatversorgung (PAR)
08	Letzte Behandlung jünger als zwei Jahre (PAR)
nn	Keine Verwendung
10	Zahnersatz innerhalb der Gewährleistung
11	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (anderer Kostenträger)
12	Antrag auf Wunsch des Versicherten zurückgezogen
13	Sonstiges, siehe Erläuterung
14	Aktualisierung des bisher noch nicht genehmigten Antrags von derselben Praxis

Verwendet wird der Signaturdienst des Konnektors (gematik)

Ende-zu-Ende-Verschlüsselung

Inhalte per Schlüssel kodiert