

# Spezifikation der Systemwechselschnittstelle

Version: 2.0  
Stand: 08.02.2024



## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	3
0. Vorbemerkungen .....	6
0.1. Allgemeine Tabellen .....	6
0.2. Notation für Datentypen .....	6
0.2.1 Notation für Befundangaben .....	7
0.2.2 Notation für Flächenangaben bei Füllungen .....	8
0.2.3 Notation für Patienten-Zweit-Nr / Patienten-Kopplungsnummer .....	8
0.2.4 Notation für Feldart L007-Satz (zusätzliche Anzahlfelder) .....	8
0.3. Dateinamen und Dateiformat .....	9
0.4. EBZ-Pläne .....	9
0.5. Fremdlaborbelege .....	9
0.6. Parameterdatensätze .....	10
0.7 Erweiterung der vorliegenden Schnittstellendefinition .....	15
0.8 Reihenfolge der übermittelten Satzarten .....	16
1. Praxisbezogene Datenstrukturen (patientenübergreifend) .....	17
1.1. Kassenstammdaten .....	17
1.2. Bankenstammdaten (für Konten der Praxis) .....	18
1.3. Private Adressen und Überweiserstammdaten (für Anschreiben von Kollegen) .....	18
1.4. Behandlerdaten .....	19
1.5. Textkürzel .....	20
2. Patientenbezogene Datenstrukturen Ausbaustufe 1 .....	21
2.1. Patientenstammdaten .....	21
2.2. Krankenversichertenkarte / Schein .....	27
3. Patientenbezogene Datenstrukturen Ausbaustufe 2 .....	30
3.1. Rechnungsstammdaten .....	30
3.2. Zahnärztliche Leistungsdaten (Kasse und Privat) .....	31
3.3. Prophylaxebefunde .....	35
4. Patientenbezogene Datenstrukturen Ausbaustufe 3 .....	37
4.1 Parodontosepläne .....	37
4.2 Kfo-Pläne .....	48
Datenstrukturen Ausbaustufe 4 .....	52
4.3 ZE-Pläne (EBZ) .....	52
4.4 Kieferbruch-Pläne (EBZ) .....	53
4.5 Kiefergelenkserkrankungs-Pläne (EBZ) .....	54
5. Material und Labordaten ( <i>Katalog-Stammdaten</i> ) .....	56

5.1. Material- und Labordaten für BEB-/BEL-Stammdaten-Kataloge .....	56
6. Stammdaten zur Ergänzung von Folgepositionen .....	57
6.1. Datensatz zur Anlage von GOZ-/BEMA Folgepositionen zu Leistungen .....	57



## 0. Vorbemerkungen

Diese Dokumentation entspricht der Schnittstelle VDDS-Transfer Vers. 2.25.

Grundsätzlich wird die Definition der Datenstrukturen von der Definition der Übertragung getrennt. Nicht zu den Datenstrukturen gehören:

- Verschlüsselung/Codierung
- Prüfsummen
- Dateinamen, Dateistruktur
- Art der Speicherung (Diskette, Festplatte)
- Art der Übertragung (Netz, DFÜ, seriell u.a.)

Für die Übermittlung der Daten werden verschiedene Satzarten spezifiziert. Innerhalb der Satzarten werden einzelne Datenfelder durch ein Trennzeichen getrennt.

Angaben zu Dateinamen und Dateistruktur befinden sich weiter unten in diesem Kapitel.

### 0.1. Allgemeine Tabellen

Tabellen werden nicht verwendet. Soweit ein Programm intern eine Tabellendarstellung benötigt, z. B. für Anreden, hat es diese aus den übertragenen Daten selbst aufzubauen.

### 0.2. Notation für Datentypen

Folgende Notation für Datentypen wird verwendet:

a	alphanumerisch (beliebiger Text), beliebige Länge
n	numerisch, beliebige Länge
k(x,y)	Dezimal-Kommazahl, Angabe der maximal möglichen Vor- (x) und Nachkommastellen (y) in der Spezifikation. "." als Trennzeichen, falls Nachkommastellen vorhanden.
p	Punktwerte werden als 1/100.000 Punkt übergeben, d. h. mit 5 Nachkommastellen. Das Dezimaltrennzeichen selbst wird nicht übergeben. Beispiel: Punktwert 1,5432 wird übergeben als 154320.
b	Boolean Ja/Nein (j,n)
z	Zahnangabe gem. DIN 13910 (18 - 48, 51 - 85, 01 = OK, 02 = UK usw.), erweitert um 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89 für überzählige Zähne, immer zweistellig Es sind immer alle Zahnangaben zu übergeben, also auch z. B. fehlende Milchzähne, falls es sich um ein Erwachsenen-Gebiss handelt.
d	Datum, 8-stellig in der Form ttmjmmjjjj
q	Quartal, 5-stellig in der Form qjjjj
g	Geschlecht (m,w,d,u,x)
^	Feldtrennzeichen
[ ]	Befüllung vom Kontext abhängig
< >	veraltetes Feld/veralteter Datensatz
{ }	Befüllung verpflichtend ab dem in der Satzangabenbeschreibung eingetragenen Datum
...	Wiederholung des vorigen Elements ein- oder mehrfach möglich

**Alle Felder, die geliefert werden können, müssen übertragen werden.**

**Dabei ist es nicht ausschlaggebend, wo die Daten für das PVS gespeichert sind. Bsp. Dokumentationen, erweiterte Textangaben zur Behandlung müssen nicht zwangsweise nur in der Karteikarte stehen; sie sind, bei einer Relevanz zum Verständnis der Behandlung, als L001-Satz, in Feld 17 mit entsprechender Deklaration zu liefern.** Kann ein System ein Feld nicht exportieren, so wird es leer gelassen und es folgt unmittelbar das nächste Feldtrennzeichen bzw. der nächste Satz.

**Veraltete Datensätze, Datenfelder (Kennzeichnung <>) müssen verpflichtend 1 Versionsstand weitergeliefert werden. D.h. wird ein Datensatz/Datenfeld in der Version 2.23 mit der entsprechenden Klammer (<>) gekennzeichnet, ist es bis zur Freigabe der Folgeversion 2.24 noch zu liefern. Danach brauchen veraltete Datensätze nicht mehr geliefert werden,**

Veraltete Datenfelder werden als ^^, also wegen der bestehenden Feldnummerierung als „Feldplatzhalter“ im Datensatz dargestellt.

### 0.2.1 Notation für Befundangaben

f = fehlt  
c = kariös (optional können Füllungslagen angehängt werden)  
C = kariös mit Füllung  
z = zerstört  
e = ersetzt  
x = zu extrahieren  
w = erhaltungswürdig  
g = gesund  
k = Krone  
j = kariöse Krone (entspricht kw auf HKP)  
K = defekte Krone (zerstört)  
p = Provisorische Krone  
t = Teleskop  
L = kariöses Teleskop (entspricht tw auf HKP)  
T = defektes Teleskop (zerstört)  
A = vorhandene Amalgam-Füllung  
U = vorhandene Komposit-Füllung  
b = Brückenglied  
B = defektes Brückenglied  
P = Provisorisches Brückenglied  
l = Lückenschluss  
m = Milchzahn ohne Befund  
d = im Durchbruch  
i = Implantat  
r = retiniert  
E = defekter Ersatz (zerstört) (entspricht ew auf HKP)  
y = Inlay Kunststoff  
M = Inlay Keramik  
O = Inlay Gold  
Y = kariöses Inlay  
F = Wurzelfüllung intakt  
u = Wurzelfüllung unvollständig  
o = Wurzelfüllung o.B.  
D = doppelte Anlage  
V = Versiegelung  
W = Wurzelspitzenresektion  
h = Herd  
Z = Zyste  
v = Verblendung  
G = Gesund (Kiefer)  
J = ersetzt (Kiefer)  
R = fehlend (Kiefer)  
S = Hemisektion  
+ = vitaler Zahn  
- = devitaler Zahn  
/ = Vitalität o.B.  
a = Klammer  
n = Lockerungsgrad 1  
q = Lockerungsgrad 2  
s = Lockerungsgrad 3  
ad = Adhäsivbrücke (entspricht a auf HKP)

ix	= zu entfernendes Implantat
pw	= erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
ru	= Wurzelstiftkappe (entspricht r auf HKP)
rw	= erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
sw	= erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
ur	= unzureichende Retention
ab	= Adhäsivbrückenglied
ak	= Adhäsivbrückenanker
aB	= erneuerungsbedürftiges Adhäsivbrückenglied
aK	= erneuerungsbedürftige Adhäsivbrückenanker

### **0.2.2 Notation für Flächenangaben bei Füllungen**

o	= occlusal
i	= inzisal
c	= cervikal
d	= distal
m	= mesial
v	= vestibulär
a	= labial
b	= buccal
l	= lingual
p	= palatinal
1 ... 5	numerische Angaben gem. Spezifikation für die Kassenabr. '97

### **0.2.3 Notation für Patienten-Zweit-Nr / Patienten-Kopplungsnummer**

CGM-Praxisarchiv	
2	= online-Terminplaner-System
3	= Sidexis
4	= Kavo
5	= Planmeca
6	= Romexis
7	= Sirona

### **0.2.4 Notation für Feldart L007-Satz (zusätzliche Anzahlfelder)**

1	= Wegegeld
2	= Personen
3	= KM
4	= Multiplikator-Wurzelbehandlung
5	= Teilabrechnung
6	= angefangene halbe Stunde
7	= Uhrzeit (hhmm)
8	= Betrag in Cent

### 0.3. Dateinamen und Dateiformat

Für die Implementierung dieser Version der Spezifikation sind eine oder mehrere sequentielle Dateien vorgesehen. Das Format dieser Dateien entspricht dem Textdateiformat des jeweiligen Betriebssystems des exportierenden Praxisverwaltungssystems, d. h. die Dateien sind zeilenorientiert und haben eine variable Satzlänge. Die max. Satzlänge wird auf 1024 Bytes (ohne Zeilentrenner) festgelegt. Das Zeilentrennzeichen ist X'0D0A' unter DOS- und Windows-basierenden Systemen, X'0A' bei Unix-basierenden Systemen.

Der Dateiname hat folgendes Format:

SWS-KART.nnn, wobei nnn die sog. Stempelnummer ist.

Unter Stempel wird die von der jeweiligen KZV vergebene Abrechnungsnummer verstanden. Daten werden grundsätzlich pro Stempel exportiert. Die Stempelnummer des ersten Stempels einer Praxis ist damit "1", weitere Stempel werden entsprechend nummeriert, wobei die Nummerierung nicht fortlaufend sein muss.

### 0.4. EBZ-Pläne

**Die Schnittstelle wurde um die Möglichkeit der Planübertragung von EBZ-basierenden Plänen (elektronisches Antragsverfahren) erweitert. Dafür ist die Übergabe der EBZ-Daten und Meldungen notwendig. Damit das geordnet stattfinden kann ist folgender Struktureller Aufbau verpflichtend:**

*Zusätzlich zur EBZ-Antragsnummer sind die EBZ-Antragsdateien einschließlich der Antwortdateien der Kassen mitzuliefern. Aus den Antragsdateien und den Antworten generiert der Importeur den Planungsstand. Die EBZ-Dateien sind patientenbezogen in Unterverzeichnisse (Verzeichnisname = Pat-Nr) zu liefern. Alle patientenbezogenen Unterverzeichnisse sind in einem übergeordneten Verzeichnis SWS-EBZ enthalten.*

Neben der leistungsbezogenen Fremdlaboraauftragsnummer soll die EBZ-Antragsnummer den Importeur in die Lage versetzen, aus dem EBZ-Antrag einen Plan zu importieren, der ohne Änderungen durch die Praxis nach dem Import weiterverarbeitet werden kann. Der Bezug zum Plan erfolgt über die Plannummer, nicht über die EBZ-Antragsnummer. Eine weitere Bedingung zum Gelingen ist hier auch der Export der planbezogenen BEMA- und Eigenlaborleistungen (für die es aber bereits Exportmöglichkeiten gibt).

Beispiel für die SWS-Datenübergabe (Struktureller Aufbau)

`\SWSEXP` Haupt-Transferverzeichnis

Dieses Verzeichnis enthält direkt die Exportdateien `SWS-KART.nnn`

`\SWSEXP\SWS-EBZ`

Das Unterverzeichnis SWS-EBZ enthält als übergeordneter Container patientenbezogene Unterverzeichnisse mit den EBZ-Antragsdateien inkl. der Kassen-Antwortsätze.

Bsp.:

`\SWSEXP\SWS-EBZ\3019` Pat-Nr = Verzeichnisname

Darin enthalten sind die XML-Dateien der EBZ-Pläne:

`EEBZ1_0060186552301ZE000000301900201_20230131132733.xml`

### 0.5. Fremdlaborbelege

Innerhalb des Verzeichnisses SWSEXP werden auch die Fremdlaborbelege in nachfolgend dargestellter Form mit übergeben.

`\SWSEXP\SWS-FLAB`

Das Unterverzeichnis SWS-FLAB enthält als übergeordneter Container patientenbezogene Unterverzeichnisse mit den Fremdlaborbelegen.

Bsp.:

\\SWSEXP\SWS-FLAB\3019      Pat-Nr = Verzeichnisname

Darin enthalten sind die XML-Dateien dem Fremdlaborbeleg:

991701-13209-ZE-7-12-9.xml

## 0.6. Parameterdatensätze

### X000 a Verwendeter Zeichensatz

- 01 a Beschreibung des verwendeten Zeichensatzes gem. folgender Tabelle:  
ANSI Deutscher Zeichensatz unter Windows 3.11 und höher  
ASCII      7-Bit Zeichensatz gem. DIN 66003  
(deutsche Umlaute haben hier Werte kleiner 128)  
<C850>      8-Bit Zeichensatz der Codepage 850 (multilingual)  
(deutsche Umlaute haben Werte zw. 128 und 255)  
<C437>      8-Bit Zeichensatz der Codepage 437 (US-ASCII)  
(deutsche Umlaute haben Werte zw. 128 und 255)  
Die Steuerzeichen 00h bis 1Fh dürfen nicht verwendet werden.

### [X001 a] Feldtrennzeichen

- 01 a 1-stelliges Feldtrennzeichen zwischen den Feldern eines Datensatzes  
Soll der Feldtrenner in einem Feld verwendet werden, so ist er durch das vorangestellte Escape-Zeichen zu kennzeichnen.  
Default = ^

### [X002 a] Escape-Zeichen

- 01 a 1-stelliges Escape-Zeichen  
Wird das Escape-Zeichen selbst als Zeichen in einem Feld verwendet, so ist es zu verdoppeln.  
Default = \

### X003 a^d^n^a Kennzeichen des exportierenden Programms

- 01 a Name und Versionsbezeichnung des exportierenden Programms
- 02 d Datum des Exports
- 03 n hhmm Uhrzeit des Exports
- 04 a Version der Schnittstelle, zurzeit "2.0"

### X004 n Stempelnummer

- 01 n Stempelnummer dieses Exports, vgl. Dateiname der Exportdatei

### X005 n^[a]^ [a]^ [a]^ [a]^ [a]^ [a] Praxisangaben

- 01 n KZV-Abrechnungs-Nr
- 02 a Stempelangabe Zeile 1
- 03 a Stempelangabe Zeile 2
- 04 a Stempelangabe Zeile 3
- 05 a Stempelangabe Zeile 4
- 06 a Stempelangabe Zeile 5
- 07 a Stempelangabe Zeile 6

Anmerkung: Findet das Importmodul keinen X005 Satz, bzw. stimmt die KZV-Abrechnungs-Nr der SWS-KART.nnn nicht mit den Praxisdaten des Zielsystems (auch hier die KZV-Abrechnungs-Nr) überein, ist der Import mit Fehlerhinweis abzuweisen.

**X006 n^n^n^n^n^n^n^n^n^n^n^n^n^n^n^n Exportangaben**

01	n	Anzahl Bankensätze	(B001-Sätze)
02	n	Anzahl Behandler	(C001-Sätze)
03	n	Anzahl Textbausteine	(D001-Sätze)
04	n	Anzahl Kassen	(K001-Sätze)
05	n	Anzahl Patienten	(S001-Sätze)
06	n	Anzahl Versicherungsverhältnisse	(V000-Sätze)
07	n	Anzahl ZA-Leistungen	(L001-Sätze)
08	n	Anzahl 01-Befunde	(L002-Sätze)
09	n	Anzahl KFO-Pläne	(F001-Sätze)
10	n	Anzahl Rechnungen	(R001-Sätze)
11	n	Anzahl ZE-Pläne	(Z001-Sätze)
12	n	Anzahl Kieferbruch-Pläne	(W001-Sätze)
13	n	Anzahl PA-Pläne	(P001-Sätze)
14	n	Anzahl Kiefergelenkserkr.-Pläne	(U001-Sätze)

*Anmerkung: Dieser Satz ist, falls die Daten ermittelt werden, immer der letzte Satz der SWS-KART.nnn und dient einem Datenimportprotokoll als Lieferant der Anzahl bereitgestellter Datensätze der einzelnen Bereiche. Zudem hat man somit die Kontrolle, dass der Export „ordentlich beendet“ wurde.*

Die folgenden Schlüsselinformationen werden geliefert, um dem importierenden Programm die Entscheidung über die direkte Übernahme oder die notwendige Umsetzung der Schlüssel zu ermöglichen.

**X010 a^[n]^n Schlüsselinformation Kassendaten**

01	a	Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
02	n	minimaler Wert des numerischen Schlüssels
03	n	maximaler Wert des numerischen Schlüssels
04	n	Länge des alphanumerischen Schlüssels

*Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.*

**[X011 a^[n]^n Schlüsselinformation Bankdaten**

01	a	Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
02	n	minimaler Wert des numerischen Schlüssels
03	n	maximaler Wert des numerischen Schlüssels
04	n	Länge des alphanumerischen Schlüssels

*Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.*

**[X012 a^[n]^n Schlüsselinformation Adressen/Überweiserdaten**

01	a	Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
02	n	minimaler Wert des numerischen Schlüssels
03	n	maximaler Wert des numerischen Schlüssels
04	n	Länge des alphanumerischen Schlüssels

*Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.*

**[X013 a<sup>[n]</sup><sup>[n]</sup><sup>[n]</sup> Schlüsselinformation Behandlerdaten**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels

Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.

**[X014 a<sup>[n]</sup><sup>[n]</sup><sup>[n]</sup> Schlüsselinformation Textkürzel**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels

Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.

**X015 a<sup>[n]</sup><sup>[n]</sup><sup>[n]</sup> Schlüsselinformation Patientendaten**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels

Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.

Anmerkung zu X010 - X015: Die Angaben zu den Schlüsseln können nur dann weggelassen werden, wenn der entsprechende Datensatztyp nicht exportiert wird.

**X020 a<sup>[n]</sup><sup>[n]</sup><sup>[n]</sup><sup>[n]</sup> Schlüsselinformation Rechnungen**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels
- 05 n Gültigkeitsbereich des Schlüssels gem. folgender Tabelle:
  - 1 = Schlüssel gilt systemweit, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 2 = Schlüssel gilt systemweit je Abrechnungsart
  - 3 = Schlüssel gilt pro Patient, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 4 = Schlüssel gilt pro Patient je Abrechnungsart

Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.

**<X021 a<sup>[n]</sup><sup>[n]</sup><sup>[n]</sup><sup>[n]</sup> Schlüsselinformation Kostenpläne für den Bereich "KC"**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels
- 05 n Gültigkeitsbereich des Schlüssels gem. folgender Tabelle:
  - 1 = Schlüssel gilt systemweit, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 2 = Schlüssel gilt systemweit je Abrechnungsart
  - 3 = Schlüssel gilt pro Patient, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 4 = Schlüssel gilt pro Patient je Abrechnungsart

Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.

**[X022 a<sup>[n]</sup>^[n]<sup>[n]</sup>^[n]<sup>[n]</sup> Schlüsselinformation Kostenpläne für den Bereich "PA"**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels
- 05 n Gültigkeitsbereich des Schlüssels gem. folgender Tabelle:
  - 1 = Schlüssel gilt systemweit, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 2 = Schlüssel gilt systemweit je Abrechnungsart
  - 3 = Schlüssel gilt pro Patient, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 4 = Schlüssel gilt pro Patient je Abrechnungsart

*Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.*

**[X023 a<sup>[n]</sup>^[n]<sup>[n]</sup>^[n]<sup>[n]</sup> Schlüsselinformation Kostenpläne für den Bereich "ZE"**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels
- 05 n Gültigkeitsbereich des Schlüssels gem. folgender Tabelle:
  - 1 = Schlüssel gilt systemweit, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 2 = Schlüssel gilt systemweit je Abrechnungsart
  - 3 = Schlüssel gilt pro Patient, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 4 = Schlüssel gilt pro Patient je Abrechnungsart

*Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.*

**[X024 a<sup>[n]</sup>^[n]<sup>[n]</sup>^[n]<sup>[n]</sup> Schlüsselinformation Kostenpläne für den Bereich "KFO"**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels
- 05 n Gültigkeitsbereich des Schlüssels gem. folgender Tabelle:
  - 1 = Schlüssel gilt systemweit, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 2 = Schlüssel gilt systemweit je Abrechnungsart
  - 3 = Schlüssel gilt pro Patient, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 4 = Schlüssel gilt pro Patient je Abrechnungsart

*Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.*

**[X025 a<sup>[n]</sup>^[n]<sup>[n]</sup>^[n]<sup>[n]</sup> Schlüsselinformation Kostenpläne für den Bereich "KBR"**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels
- 05 n Gültigkeitsbereich des Schlüssels gem. folgender Tabelle:
  - 1 = Schlüssel gilt systemweit, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 2 = Schlüssel gilt systemweit je Abrechnungsart
  - 3 = Schlüssel gilt pro Patient, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 4 = Schlüssel gilt pro Patient je Abrechnungsart

*Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.*

**[X026 a<sup>n</sup>[n]<sup>n</sup>[n]<sup>n</sup>] Schlüsselinformation Kostenpläne für den Bereich "KGL"**

- 01 a Art des Schlüssels, a=alphanumerisch, n=numerisch
- 02 n minimaler Wert des numerischen Schlüssels
- 03 n maximaler Wert des numerischen Schlüssels
- 04 n Länge des alphanumerischen Schlüssels
- 05 n Gültigkeitsbereich des Schlüssels gem. folgender Tabelle:
  - 1 = Schlüssel gilt systemweit, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 2 = Schlüssel gilt systemweit je Abrechnungsart
  - 3 = Schlüssel gilt pro Patient, ein Nummernkreis für alle Abrechnungsarten
  - 4 = Schlüssel gilt pro Patient je Abrechnungsart

*Anmerkung: Je nach Art des Schlüssels ist entweder Feld 2 und 3 oder Feld 4 zu füllen.*

*Anmerkung zu X020 - X026: Die Angaben zu den Schlüsseln können nur dann weggelassen werden, wenn der entsprechende Datensatztyp nicht exportiert wird.*

**[X030 n<sup>n</sup><sup>n</sup><sup>n</sup>] Mahnabstände**

- 01 n Abstand Rechnung zur ersten Mahnung in Tagen
- 02 n Abstand 1. Mahnung zur 2. Mahnung in Tagen
- 03 n Abstand 2. Mahnung zur 3. Mahnung in Tagen
- 04 n Abstand 3. Mahnung und folgende zur nächstfolgenden Mahnung in Tagen

**[X031 n<sup>a</sup><sup>n</sup>] Bezeichnung Recallarten**

- 01 n Recall-Nr
- 02 a Bezeichnung der Recall-Art
- 03 n Intervall (in Monaten)
  - 0 = kein Intervall

*Anmerkung: Wird kein Satz X031 geliefert, gelten die Bezeichnung der Recallart gem. S013.*

**[X032 n<sup>a</sup>] Merkmale und Ausprägungen (Karteireiter)**

- 01 n verwendbare Nr für den S037 Satz
- 02 a Bezeichnung

*Anmerkung: Die Satzart X032 kann beliebig oft geliefert werden. Für die Definition von Merkmalen sind die Nr. 1 – 99 reserviert. Für die Ausprägung die Nr. 100 – 999.*

### **0.7 Erweiterung der vorliegenden Schnittstellendefinition**

Zukünftige Versionen dieser Schnittstelle werden die Übertragung folgender Datenstrukturen enthalten:

Ausbaustufe 2:

- Nicht plangebundene Leistungen des Zahnarztlabors
- Grafische Zahnbefunde

Ausbaustufe 3:

- Zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen des Praxislabors für
  - Zahnersatzpläne
  - Kieferbruchpläne
  - Kfo-Pläne
  - Kons.-Chir. Pläne

Ausbaustufe 4:

- Übermittlung von EBZ-Plänen
  - PA-Pläne
  - KFO-Pläne
  - ZE-Pläne
  - KBR-Pläne
  - KGEL-Pläne

## 0.8 Reihenfolge der übermittelten Satzarten

Um einen möglichst konformen Dateiaufbau zu erhalten, sollten möglichst folgende „sektionale“ Aufbauten der SWS-KART eingehalten werden:

### Block 1

X-Sätze (bis auf den X006 = letzter Satz in der Datei!)	
K-Sätze	Kassenstammdaten
B-Sätze	Bankenstammdaten
A-Sätze	Private Adressen
C-Sätze	Behandlerdaten
D-Sätze	Textkürzel
E-Sätze	Material- u. Labordaten für BEB-BEL Stammdatenkataloge
G-Sätze	Datensatz zur Anlage von GEZ-/BEMA Folgepositionen zu Leistungen

Daran anschließend

### Block 2 (Satzart-orientiert)

S-Sätze	Patientenstammdaten
V-Sätze	Krankenversichertenkarte /elektronische Gesundheitskarte
R-Sätze	Rechnungsstammdaten
I-Sätze	Prophylaxebefunde
P-Sätze	Parodontosepläne
F-Sätze	KFO-Pläne
Z-Sätze	ZE-Pläne (EBZ)
W-Sätze	Kieferbruchpläne (EBZ)
U-Sätze	Kiefergelenkserkrankungspläne (EBZ)
L-Sätze	Zahnärztliche Leistungsdaten

Oder (Patientenfolge orientierte Auslagerung) Patient für Patient nacheinander

S-Sätze	
V-Sätze	Krankenversichertenkarte /elektronische Gesundheitskarte
R-Sätze	Rechnungsstammdaten
I-Sätze	Prophylaxebefunde
P-Sätze	Parodontosepläne
F-Sätze	KFO-Pläne
Z-Sätze	ZE-Pläne (EBZ)
W-Sätze	Kieferbruchpläne (EBZ)
U-Sätze	Kiefergelenkserkrankungs-Pläne (EBZ)
L-Sätze	Zahnärztliche Leistungsdaten
S-Sätze	
usw.	

Schlusssatz:  
X006-Satz



18 p	Punktwert GOZ	O
19 p	Punktwert GOÄ	O
20 a	Bezeichnung der Punktwertgruppe	
21 a	Kassenart lt. BKV	
22 d	gültig ab	

Aufgrund der Programmstruktur in verschiedenen PVSen wird der K007 Satz weiterhin benötigt, am liebsten erweitert um eine Historie Der L005-Satz ist trotz K007-Satz verpflichtend zu liefern.

Feld 01: Es wird die folgende Tabelle verwendet:  
 00 = privat, 01 = AOK, 02 = BKK, 03 = IKK, 04 = LKK,  
 05 = VdAK, 06 = AEV, 07 = BuKn, 08 = Sonstige

Die Felder 2 - 10 sind Punktwerte für den Rechtskreis "West", die Felder 11 - 19 für den Rechtskreis "Ost".

Punktwerte werden als 1/100.000 Punkt übergeben, d. h. mit 5 Nachkommastellen. Das Dezimaltrennzeichen selbst wird nicht übergeben. Beispiel: Punktwert 1,5432 wird übergeben als 154320.

## 1.2. Bankenstammdaten (für Konten der Praxis)

<b>B001</b>	n/a^a^<a>^<a>^a^a
01	n/a Bankidentifikation (eindeutig)
02	a Name
03	a BLZ
04	a Kontonummer
05	a IBAN
06	a BIC

Feld 01: Vergleiche Parameterdatensatz X011

Es sind entweder die Felder 03 und 04 **oder** die Felder 05 und 06 zu liefern. Es sind also niemals alle 4 Felder 03 bis einschl. 06 zu liefern.

## 1.3. Private Adressen und Überweiser-Stammdaten (für Anschreiben von Kollegen):

<b>A001</b>	n/a^n
01	n/a Überweiser-Identifikation (eindeutig)
02	n 1=Private Adresse
2	= Überweiser
3	= Haus(zahn)arzt
4	= Weiterbehandler
5	= Berufsgenossenschaften
6	= Fremdpraxen
7	= Labore
8	= Abrechnungsgesellschaften
0	= Sonstige

Feld 01: Vergleiche Parameterdatensatz X012

<b>A002</b>	a^[a]^g^[a]^a^[a]^a Adressname
01	a Name
02	a Vorname
03	g Geschlecht
04	a Anrede
05	a Titel

- 06 a Namenszusatz
- 07 a Namensvorsatzwort
- 08 a Zahnarztnr.**

**Das Feld 08 ist bei Ärzten mit zugewiesener Zahnarztnr. verpflichtend.**

**[A003 [a]^a[a]^a[a]^a] Anschrift**

- 01 a Straße
- 02 a Länderkennzeichen
- 03 a PLZ
- 04 a Ort
- 05 a Anschriftenzusatz

*Feld 02: Verwendet wird das internationale Kfz-Kennzeichen*

- [A004 a]** Bezeichnung (z. B. Zahnarzt)
- [A005 a]** Telefon
- [A006 a]** Fax
- [A007 a]** E-Mail

**1.4. Behandlerdaten:**

**C001 n/a Behandler-Identifikation**

*Vergleiche Parameterdatensatz X013*

**C002 a^b Behandlername**

- 01 a Name
- 02 b aktiv j/n

**C003 n Stempelnummer**

**[C004 a[^d]]Zahnarztnr**

- a Zahnarztnr
- d gültig ab

**Wird im Exportsystem das Gültig ab Datum geführt, ist es zu exportieren, Empfehlung: Liegt kein Datum vor, trägt das Importsystem ein Datum (der 1.Tag des Quartals) ein. Der Satz C004 ist bei Behandlern mit zugewiesener Zahnarztnr. verpflichtend.**

*Alle Behandler sind Stempeln zuzuordnen. Vergleiche dazu Kapitel 0.3 und Parameterdatensatz X004.*

**1.5. Textkürzel:**

**D001** n/a Textkürzelidentifikation  
*Vergleiche Parameterdatensatz X014*

**D002** a[^a][...] Textzeile(n) dazu (Platzhalter werden unverändert übertragen)

**D003** n **Identifikator**  
0=Text allgemein  
1=Begründung gem. GOZ  
2=Diagnose/Befund  
3=Medikament  
4=Anamnese  
5=KFO-Begründung  
6=HKP-Bemerkung  
7=Überweisungstext

## 2. Patientenbezogene Datenstrukturen Ausbaustufe 1

Die Ausbaustufe 1 umfasst die Übertragung der Patientenstammdaten sowie der Daten der Krankenversichertenkarten.

### 2.1. Patientenstammdaten

**S000 n/a eindeutige Patientenidentifikation**  
01 n/a Patientenidentifikation

Vergleiche Parameterdatensatz X015

**S001 a^a^[g]^a^[a]^a^[a]^a Patientenname**  
01 a Name  
02 a Vorname  
03 g Geschlecht  
04 a Anrede (Herr, Frau)  
05 a Titel  
06 a Namenszusatz  
07 a Briefanrede  
08 a Namensvorsatzwort

**S002 d[^d][^d][^d] Geburtsdatum / Verstorben Datum des Patienten**  
01 d Geburtsdatum des Patienten niemals 00000000  
02 d Verstorben-Datum des Patienten  
03 d Lösch-/Sperr-Datum des Patienten durch Praxis  
04 d Lösch-/Sperr-Datum des Patienten auf Patientenwunsch

**S003 [a]^a^[a]^a^[a] Adresse des Patienten**  
01 a Straße  
02 a Länderkennzeichen  
03 a PLZ  
04 a Ort  
05 a Anschriftenzusatz

Feld 02: Verwendet wird das internationale Kfz-Kennzeichen

S001-S008:

**Patient** ist der zu behandelnde Patient

**Versicherter** ist der Zahlungspflichtige

**Angehöriger** wird z. B. für Briefwechsel verwandt

Beispiel: Das Kind K des Sozialhilfeempfängers S wird behandelt. Zahlungspflichtig ist das Sozialamt A. Damit ist nach dieser Definition K der Patient, A der Versicherte und S der Angehörige.

**[S004 a^a^[g]^a^[a]^a^[a]^a] Versichertename**  
01 a Name  
02 a Vorname  
03 g Geschlecht  
04 a Anrede  
05 a Titel  
06 a Namenszusatz  
07 a Briefanrede  
08 a Namensvorsatzwort

Wird der S004-Satz im Export verwendet, werden die nachfolgenden Kann-Sätze S005 und S006 zu **Muss-Sätzen**.

**[S005 d] Geburtsdatum des Versicherten**

**[S006 [a]^a^a^a^a] Adresse des Versicherten**

- 01 a Straße
- 02 a Länderkennzeichen
- 03 a PLZ
- 04 a Ort
- 05 a Anschriftenzusatz

Feld 02: Verwendet wird das internationale Kfz-Kennzeichen

S001-S008:

**Patient** ist der zu behandelnde Patient

**Versicherter** ist der Zahlungspflichtige

**Angehöriger** wird z. B. für Briefwechsel verwandt

Beispiel: Das Kind K des Sozialhilfeempfängers S wird behandelt. Zahlungspflichtig ist das Sozialamt A. Damit ist nach dieser Definition K der Patient, A der Versicherte und S der Angehörige.

**[S007 a^a^g^a^a^a^a] Angehörigenname**

- 01 a Name
- 02 a Vorname
- 03 g Geschlecht
- 04 a Anrede
- 05 a Titel
- 06 a Namenszusatz
- 07 a Briefanrede
- 08 a Namensvorsatzwort

Wird der S007-Satz im Export verwendet, wird der nachfolgende Kann-Satz S008 zum **Muss-Satz**.

**[S008 [a]^a^a^a^a] Adresse des Angehörigen**

- 01 a Straße
- 02 a Länderkennzeichen
- 03 a PLZ
- 04 a Ort
- 05 a Anschriftenzusatz

Feld 02: Verwendet wird das internationale Kfz-Kennzeichen

S001-S008:

**Patient** ist der zu behandelnde Patient

**Versicherter** ist der Zahlungspflichtige

**Angehöriger** wird z. B. für Briefwechsel verwandt

Beispiel: Das Kind K des Sozialhilfeempfängers S wird behandelt. Zahlungspflichtig ist das Sozialamt A. Damit ist nach dieser Definition K der Patient, A der Versicherte und S der Angehörige.

**[S009 [a]^a^a] Kennzeichen für Rechnungs- und Briefadresse**

- 01 a p / v / a (Recall-)Brief an Patient/Versich./Angehörigen
- 02 a p / v / a Rechnung an Patient/Versich./Angehörigen
- 03 a Anrede für Betreff

**[S010 [a]^a] ^[a] ^[a] ^[a] ^[a] ^[a]^a^a^a^a] Telefonnummern**

- 01 a Telefonnummer Patient
- 02 a Faxnummer Patient
- 03 a Mobil-Telefon-Nr Patient
- 04 a Email-Adresse Patient
- 05 a Zusätzliche Telefon-Nr Patient
- 06 a Telefonnummer Versicherter
- 07 a Faxnummer Versicherter
- 08 a Telefonnummer Angehöriger
- 09 a Faxnummer Angehöriger
- 10 a Telefonnummer Arbeitgeber
- 11 a Faxnummer Arbeitgeber

**[S011 [a]^a^a^a^a^a^a^a] Arbeitgeber und Beruf**

- 01 a Arbeitgeber
- 02 a Beruf
- 03 a Straße
- 04 a Länderkennzeichen
- 05 a PLZ
- 06 a Ort
- 07 a Anschriftenzusatz
- 08 a Namensvorsatzwort

**<S012 n/a^a^a^a^d [^n^a^a^a^d] [...]> Kasse und Mitgliedsstatus**

- 01 n/a Kassenidentifikation, 0=privat
- 02 a M / F / R = Mitgliedsstatus
- 03 a Statusergänzung 1=West, 6= Bundesversorgungsgesetz, 7=Auslandsabkommen, 8=Sonderabkommen, 9=Ost, "M", "A", "K"= Rechtskreis West, "X", "C", "L" = Rechtskreis Ost
- 04 a Mitgliedsnummer des Versicherten
- 05 d Datum, ab dem die Kassenzugehörigkeit gilt

06...25 [^n^a^a^a^d] für bis zu 4 weitere Kassenzugehörigkeiten

*Die Kassenzugehörigkeiten sind mit der aktuellen Kasse beginnend zu übertragen.*

*Feld 01: Siehe Datensätze X010 und K001.*

*Feld 02: Der Feldinhalt muss ggf. identisch sein mit Feld V019 des zugehörigen Kartendurchzugs.*

**[S013 n^n^d] Recall Daten**

- 01 n Art
  - 1 = Prophylaxe
  - 2 = EW-Prophylaxe
  - 3 = Parodontologie
  - 4 = Zahnersatz
  - 5 = Kons.-Chir.
  - 6 = Funktionsanalyse
  - 7 = Kieferbruch
  - 8 = KFO
  - 9 = Sonstige
  - 10 = Implantat
- 02 n Intervall (in Monaten)
- 03 d letztes Recall-Datum

**Die Recallarten im S013 Feld 01 gelten, sofern nicht im X031 anders definiert.**

**S014 n/a Stammbehandler**

01 n/a Behandler-Identifikation

*Feld 01: Siehe Datensätze X013 und C001.  
Wenn im System kein Stammbehandler vorgesehen ist, ist der Hauptbehandler einzutragen.*

**[S015 [b]^b] Scheinabgabe aktuelles Quartal**

01 b j/n (Zahnarztschein)  
02 b j/n (Arztschein)

**[S016 a] Selektionsangaben**

**[S017 d^a[a]...] Risikoangaben/Besonderheiten**

01..d Datum  
02 a Text

*Eine mehrzeilige Übertragung ist möglich, jedes "a" stellt eine Zeile dar.*

**[S018 [n/a]^[n/a]^[n/a]] Überweiser etc.**

01 n/a Überweiser-Identifikation  
02 n/a Haus(zahn)arzt  
03 n/a Weiterbehandler

*Feld 01: Siehe Datensätze X012 und A001.*

**[S019 <a>^a^<a>^[n]^a^a^a] Kontoangaben für autom. Lastschriften**

01 a BLZ  
02 a Bankenname  
03 a Kontonummer  
04 n Bankidentifikation der Praxis  
05 a Kontoinhaber  
06 a IBAN  
07 a BIC

**[S020 b] Notfallpatient j/n**

**[S021 b] Behinderter Patient j/n**

**[S022 n/a^n] Zusatznummer/Kopplungsnummer Patient**

01 n/a Nummer  
02 n Deklaration des Nummernkreis gem. Notation 0.2.3  
1 = CGM-Praxisarchiv  
2 = online-Terminplaner-System  
3 = Sidexis  
4 = Kavo  
5 = Planmeca  
6 = Romexis  
7 = Sirona

*Der Datensatz S022 kann mehrfach vorkommen.*

**[S030 [d]^d^d]**

01 d Datum erster Besuch  
02 d Datum letzte Behandlung  
03 d Datum letzter Kontakt

## &lt;[S031 [d]^[d]]&gt;

- 01 d Datum letzte abgerechnete 01
- 02 d Datum letzte abgerechnete Ä1

## &lt;[S033 d^d^d^d^d^d^d^d^d^d] &gt;

- 01 d Beginn des 3-Jahres Zeitraums
- 02 d erste IP1
- 03 d letzte IP1
- 04 d letzte IP2
- 05 d erste IP3
- 06 d zweite IP3
- 07 d dritte IP3
- 08 d vierte IP3
- 09 d letzte IP4

## [S034 [d]^a^a^a[^za][...]] Arbeitsbefund

**Sollte, falls möglich, zur Laufzeit am Tage der Exportdateierzeugung erstellt werden.**

Das Format des Befundes ist in 3.2. näher erläutert.

## &lt;S035 [a][^a][^a][^a][^a]&gt; Aktenzeichen

- 01 a Aktenzeichen von sonstigen Kostenträgern gem. KONS DTA
- 02..05 [^a] für bis zu 4 weitere Kassenzugehörigkeiten

Dieser Satz ist in Abhängigkeit des S012 Satzes zu senden. Sind im S012-Satz 3 Kassenzugehörigkeiten übergeben, sind im S035 ebenfalls gleiche Anzahl Aktenzeichen in gleicher Reihenfolge der gelieferten S012-Sätze zu übergeben. Gibt es z. B. für eine Kassenzugehörigkeit **kein** Aktenzeichen, so ist hierfür ein leeres Feld zu liefern. Die Feldlänge beträgt max. 50 Zeichen.

## [S036 a^[d]^[n] [^a^[d]^[n]] [...]] Modell-Nummer

- 01 a Modell-Nummer (6-stellig)
- 02 d Modell-Datum
- 03 n Modell-Art
  - 1=Anfangsmodell AM
  - 2=Zwischenmodell ZM1
  - 3=Zwischenmodell ZM2
  - 4=Zwischenmodell ZM3
  - 5=Zwischenmodell ZM4
  - 6=Zwischenmodell ZM5
  - 7=Abschlussmodell S1
  - 8=Abschlussmodell S2
- 04...06 2. Modell usw.

## [S037 n^n] Merkmale

- 01 n Merkmal-Nr
- 02 n Ausprägung

Die Felder Merkmal-Nr und Ausprägung entsprechen der Deklaration im X032-Satz.

**[S038 d^q^n^n ^[n]^a] Praxisgebühr**

- 01 d Datum der Erhebung der Gebühr
- 02 q bezogenes Quartal der Gebühr
- 03 n Gebühr in Cent
- 04 n Praxisgebühr-Kennzeichen laut KZBV
  - 0 = gezahlt
  - 1 = Versicherte jünger als 18 Jahre
  - 2 = Überweisung im selben Quartal, Vertretung, Notfall, KK-Wechsel
  - 3 = ZA Untersuchung gem. § 30,2 S4,5 SGB V
  - 4 = Befreiung gem. Bescheinigung durch KK
  - 5 = keine Zahlung geleistet
- 05 n Begründungskennzeichen Praxisgebühr erweitert
  - 0 = nicht gezahlt
  - 1 = Barzahlung
  - 2 = EC-Cash
  - 3 = Bankeinzug
  - 4 = Zahlung per Banküberweisung
  - 5 = Befreiung wegen Bescheinigung
  - 6 = Befreiung wegen Überweisung durch anderen Arzt
  - 7 = bereits bezahlt (Beleg lag vor)
  - 8 = Befreiung wegen Kontrolluntersuchung
  - 9 = Befreiung da jünger als 18 Jahre
  - 10 = Kostenerstattung mit Krankenkasse
  - 11 = Urlaubsvertretung
  - 12 = Notdienst
- 06 a Begründungstext

Es wird für die Praxisgebühr ausschließlich der S038 Satz verwendet. Pseudo-L-Sätze werden nicht geliefert. Der S038 Satz kann mehrfach geliefert werden.

**[S039 [n]^n] ZE-Kassenzuschuss/KFO-Kassenanteil zum Zeitpunkt des Transfer**

- 01 n ZE- Kassenzuschuss in Prozent
- 02 n KFO-Kassenanteil in Prozent

## 2.2. Krankenversichertenkarte / Schein

Anmerkung:

Übergeben werden Kassen- und Privatversichertenkarten. Die Datenfeldlängen entsprechen der Definition der Krankenversichertenkarte bzw. der eGK.

**V000** a/n                    Patientenidentifikation

Siehe Datensätze **X015** und **S000**

**V001** a[^a^a^a]            **Krankenkassenname**

01 a    KVK: Krankenkassenname, eGK: Abrechnender Kostenträger Name

02 a    eGK: Kostenträger Name

03 a    eGK: Kostenträger Ländercode

04 a    eGK: Abrechnender Kostenträger Ländercode

**V002** n[^n]                **Krankenkassennummer**

01 n    KVK: Krankenkassennummer, eGK: Abrechnender Kostenträger Kennung

02 n    eGK: Kostenträger Kennung

**V003** [n]^[n]            **VKNR**

01 n    KVK: VKNR/WoP

02 n    eGK: WoP

**V004** n/a                **Versichertennummer**

eGK: Versicherten-ID (alphanumerisch)

**V005** n                 **Versichertenstatus**

KVK: MFR+RSA, eGK: Versichertenart

**V006** a[^n^n^n^n]        **Statusergänzung**

01 a    KVK: Statusergänzung

02 n    eGK: Rechtskreis,

03 n    eGK: DMP-Kennzeichen

04 n    eGK: besondere Personengruppe

05 n    eGK: Versichertenstatus RSA

**V007** a                 **Titel**

**V008** a[^g]             **Vorname**

01 a    Vorname

02 g    Geschlecht

**V009** a[^a]             **Namenszusatz**

01 a    Namenszusatz

02 a    eGK: Vorsatzworte

**V010** a                **Familiename**

**V011** d                **Geburtsdatum**

**V012** a[^n^a^n]        **Straße, Hausnummer etc.**

01 a    Straße

02 n    eGK: Hausnummer

03 a    eGK: Anschriftenzusatz

04 n    eGK: Postfach

**V013 a[^a] Ländercode**  
01 a Ländercode  
02 a eGK: Ländercode der Postfachadresse

**V014 a[^a] Postleitzahl**  
01 a Postleitzahl  
02 a eGK: Postleitzahl der Postfachadresse

**V015 a[^a] Ortsname**  
01 a Ortsname  
02 a eGK: Ortsname der Postfachadresse

**V016 n[^d] Gültigkeitsdatum,**  
01 n KVK: Gültigkeitsdatum mmjj, eGK: Versicherungsende ttmjjjj  
02 d eGK: Versicherungsbeginn

**V017 d Einlese-/Eingabedatum**

*Wenn mit einem portablen Lesegerät gelesen wurde, dann sollte hier auch das tatsächliche Lesedatum geliefert werden. Eingabedatum bei Ersatzverfahren.*

**V018 hhmss Einleseuhrzeit od. lfd. Nr.**

*Die Felder V000, V017 und V018 müssen zusammen einen eindeutigen Schlüssel ergeben. Wird keine Uhrzeit gespeichert, so ist eine äquivalente fortlaufende Nummer zu übergeben.*

**V019 n/a zugeordnete interne Kassenidentifikation, 0=privat**

Siehe Datensätze X010 und K001.

**V020 a Einlesezeichen:**  
k = Kartendurchzug  
m = manuelles Ersatzverfahren,  
v = Vorlauf- oder Basissatz (identisch mit dem allerersten Kartendurchzug, aber mit Uhrzeit = 00:00:00)

**V021 n Löschenzeichen:**  
1 = Satz logisch gelöscht  
0 = Satz nicht gelöscht (Normalfall)

**V022 a^n^[a]^a^n Kartenart**  
01 a Kartenart  
P = Privatkarte  
K = Kassenkarte  
S = Schein (sonstiger Anspruchsnachweis)  
02 n Kartenkennzeichen  
1 = eGK  
03 a eGK: ICCSN  
04 a eGK: Generation: 0 / 1 / 1+ / 2  
05 a VSDM-Schema-Wert / eGK CDM-Version (aktuell 5.2.0)  
06 n Art des Anspruchsnachweises (entsprechend KZBV-Dokumentation)

*Im Feld 04 ist die Ziffer der verwendeten Generation zu übermitteln, d. h. sollte es zukünftig die Generation 3 geben, ist dann auch die 3 zu übermitteln.*

**V023 q Quartalszugehörigkeit des Kartendurchzugs****[V024 n^n^n^n] Kostenerstattung (eGK)**

- 01 n Kostenerstattung ärztliche Versorgung
- 02 n Kostenerstattung stationärer Bereich
- 03 n Kostenerstattung zahnärztliche Versorgung
- 04 n Kostenerstattung Veranlasste Leistungen

**[V025 n^d] Zuzahlstatus (eGK)**

- 01 n Zuzahlstatus
- 02 d bis

**<V026 n^n> Privatkarteninformationen (eGK)**

- 01 n PKV Tarif
- 02 n PKV Beihilfeberechtigung

**<V027 n^n^n^n^n^n> Privatkarteninformationen (eGK)**

- 01 n PKV Stationäre Wahlleistung Unterkunft
- 02 n PKV Prozentwert Wahlleistung Unterkunft
- 03 n PKV Höchstwert Wahlleistung Unterkunft
- 04 n PKV Stationäre Wahlleistung ärztl. Beh.
- 05 n PKV Prozentwert Wahlleistung ärztl. Beh.
- 06 n PKV Teilnahme ClinicCard Verfahren

*Der Datensatz V027 kann mehrfach vorkommen.*

**[V028 a] Zulassungskennzeichen port. Leser (KVK,eGK)****[V029 n^n^n] Selektivverträge (eGK)**

- 01 n ärztlich
- 02 n zahnärztlich
- 03 n Art

**[V030 d^d^n] Ruhender Leistungsanspruch (eGK)**

- 01 d Beginn
- 02 d Ende
- 03 n Art des Ruhens

**[V031 q^a^a^d^n^n^[n]^a] Prüfnachweise**

- 01 q Quartal
- 02 a ICCSN der SMC-B
- 03 a ICCSN der eGK
- 04 d Einleседatum
- 05 n Einleseuhrzeit (hhmmss)
- 06 n Ergebnis (1..6)
- 07 n ErrorCode
- 08 a Prüfziffer

*Der V031 Satz kann mehrfach geliefert werden.*

**[V032 a] Aktenzeichen**

- 01 a Aktenzeichen von sonstigen Kostenträgern gem. KONS DTA

*Pro Kartendurchzug oder Erfassung im Ersatzverfahren wird eine Sequenz der Datensätze V000 - V032 übergeben.*

### 3. Patientenbezogene Datenstrukturen Ausbaustufe 2

Die Ausbaustufe 2 umfasst zusätzlich zu den Daten der Ausbaustufe 1 die Übertragung der Rechnungsdaten (Offene Posten), den Leistungsdaten, soweit sie nicht einem Behandlungsplan zuzuordnen sind sowie die Prophylaxebefunde.

#### 3.1. Rechnungsstammdaten

##### R000 a/n Patientenidentifikation

Siehe Datensätze X015 und S000.

##### R001 n/a^d^n^a^a^a^a^n^[d]^d^a^n^[d]^n^[n]^n/a^n^n

01	n/a	Rechnungsnummer
02	d	Datum der Rechnungsstellung
03	n	Rechnungstyp 1 = Liquidation Privatpatient 2 = Liquidation Kassenpatient 3 = Kfo-Rechnung Privatpatient 4 = Kfo-Rechnung Kassenpatient 5 = Liquidation Kassenpatient Füllungstherapie 6 = KCH-Rechnung 7 = ZE-Rechnung (Eigenanteil) 8 = ZE Direktabrechnung (ohne Abtretung) 9 = ZE Direktabrechnung (mit Abtretung)
04	a	Verrechnungstyp: n = normal, r = Rechenzentrum, l = Lastschrift
05	a	Rechnungstext
06	a	0 = pos. Betrag, - = neg. Betrag
07	n	Rechnungsbetrag in Pfg./Cent.
08	d	Fälligkeitsdatum der Rechnung
09	d	Datum letzte Zahlung
10	a	0 = pos. Betrag, - = neg. Betrag
11	n	Offener (noch zu zahlender) Betrag in Pfg./Cent.
12	d	Datum letzte Mahnung
13	n	Mahnstufe
14	n	Aufgelaufene Mahngebühr in Pfg./Cent.
15	n/a	Behandleridentifikation (abweichender Stammbehandler)
16	n	Euro-Kennzeichen 1 = Werte in Betragsfeldern sind in DM 2 = Werte in Betragsfeldern sind in €
17	n	Rechnungs-ID

Feld01: Siehe Datensatz X020

Feld16: Siehe Datensatz X024 und F002

Gutschriften werden als Rechnungen mit negativem Rechnungsbetrag übertragen.

Vorauszahlungen werden als Rechnungen mit Rechnungsbetrag Null und negativem Offenen Betrag in Höhe der Vorauszahlung übertragen.

Abstände zwischen Rechnung und 1. sowie weiteren Mahnungen sind anderen (noch zu spezifizierenden) Datensätzen bereitzustellen.

Im Feld Rechnungs-ID wird die interne numerische System-Nr. der Rechnung eingetragen. Dies ist besonders bei Datenexporten von Systemen mit alphanum. Rechnungs-Nummernsystemen notwendig, damit die Zielsysteme eine eindeutige Nummerierung vornehmen können. **Teilzahlungen müssen als eigene R001-Sätze gesendet werden.**



1. Stelle: Kennzeichnung Kasse / Privat "K" bzw. "P"

2. Stelle:

wenn 1. Stelle = "P" (Privatleistung)

- C GOZ 2012
- Z GOZ 88
- Ä GOÄ 96
- A GOÄ 88
- U GOÄ 65
- O BuGO 65
- G GOÄ Human
- V UV-GOÄ Human

wenn 1. Stelle = "K" (Kassenleistung)

- Ä GOÄ-Kassenleistung
- K Kassen (BEMA)-Leistung
- N Neue Kassen (BEMA)-Leistung ab 2004
- A Neue GOÄ-Kassenleistung ab 2004
- X EBM 96
- Y EBM 2000+ (ab 2005)

unabhängig von der 1. Stelle

- S Sonstige Leistung (nicht in o.a. angeführten Katalogen aufgeführt)
- D DM/Euro-Beträge von Porto, etc.
- M Stifte, Materialkosten, etc.
- E DM/Euro-Beträge von Eigen-Laborrechnungen
- F DM/Euro-Beträge von Fremd-Laborrechnungen
- B Bemerkungen auf privater Rechnung / auf Kassenschein
- I praxisinterne Bemerkungen ohne direkte Abrechnungsrelevanz
- 1 BEL I Leistung
- 2 BEL II Leistung alt
- 3 BEL II Leistung 2004
- 4 BEB 90
- 5 BEB 97

3. und folgende Stellen:

Leistungsnummer gemäß dem entsprechenden Katalog, keine Kurzformen wie z. B. "F2" oder "R05".

Fiktiv erbrachte Füllungen sind mit dem Zusatz "0" nach der Leistungsbezeichnung zu kennzeichnen, bzw. mit "1" bei Inlays. Aufbaufüllungen (13a, 13b) muss die Kennung ZE an die BEMA-Nr. angehängt werden, also 13aZE und 13bZE.

Der Bezeichnung von GOZ-Abschlagsleistungen (603-608) wird ein Schrägstrich und die Anzahl geplanter Quartale angehängt, also z. B. 603/12.

Die Importsoftware sollte bei unbekanntem Leistungen rudimentäre Katalogeinträge anlegen können und den Anwender auf diese hinweisen.

Feld 09: Der Inhalt dieses Feldes hängt von der 2. Stelle der Leistungsbezeichnung (Feld 06) ab. Bei Werten von S, D, M, E, F, B, I sowie O an dieser Stelle erfolgt die Angabe in Feld 09 in Pfg./Cent, bei allen anderen Leistungsarten in 1/100 Punkten, also z. B. GOZ 405 (ZST) 1090 für 10,9 Punkte.

Feld 10: Dieses Feld ist bei Privatleistungen mit dem Steigerungsfaktor in 1/100 zu füllen, sonst mit dem Wert 100. Beispiel: Steigerungsfaktor 2,3 ergibt 230, alle Kassenleistungen oder Materialkosten erhalten den Wert 100.

In jedem Fall muss sich der Wert einer Leistung wie folgt errechnen lassen:

Wert in Pfg./Cent = **Feld 04** \* **Feld 09** \* **Feld 10** / 100 \* Punktwert (falls geliefert aus L005-Satz sonst aus Kassendatensätzen). Der "Punktwert" für Materialien ist dabei immer 1.

Beispiele:

GOZ 4050, Anzahl 8, Faktor 2,3, Punkte 10,9, Punktwert 0,11:

$8 * 1090 * 230 / 100 * 0,11 = \text{ca. } 2206 = \text{DM}/\text{Euro } 22,06$

BEMA 13a, Anzahl 2, Punkte 20, Punktwert 1,4124:

$2 * 2000 * 100 / 100 * 1,4124 = \text{ca. } 5650 = \text{DM}/\text{Euro } 56,50$

Material Ultracain Anzahl 2, Einzelpreis DM/Euro 1,36:

$2 * 136 * 100 / 100 * 1 = 272 = \text{DM}/\text{Euro } 2,72$

Feld 11: Siehe Parameterdatensätze X021 - X024

L000, L001 Feld 11 und ggf. L001 Feld 16 müssen einen eindeutigen Schlüssel zum Zugriff auf einen ggf. vorhandenen Plan (HKP, PA-Plan, Kfo-Antrag usw.) bilden.

Feld 17 ff: Der 1. Buchstabe dieses Feldes bestimmt die Bedeutung der folgenden Bemerkung:

- e Erklärung zur Leistung, z. B. Spezifikation von Materialkosten (als freier Text)
- b Begründung bei erhöhtem Faktor (Privat, als freier Text)
- d Diagnose, Röntgenbefund oder sonstige Bemerkung analog Feld 06, "B" an 2. Stelle (als freier Text)
- i Interner Text, erscheint weder auf Rechnung noch auf Abrechnungsscheinen (als freier Text)
- k KFO-Begründung (als freier Text)
- z KZV-interne Mitteilung (als freier Text)
- E Erklärung zur Leistung (als Textkürzel)
- B Begründung bei erhöhtem Faktor (Privat, als Textkürzel)
- D Diagnose, Röntgenbefund oder sonstige Bemerkung (als Textkürzel)
- I Interner Text (als Textkürzel)
- K KFO-Begründung (als Textkürzel)
- O OPS-Code
- C ICD-Code

Die Textkürzel müssen als Satzart D übertragen werden.

#### [L002 d^b^b^a[^za][...]] 01-Befund

- 01 d Datum der Befunderhebung
- 02 b Zahnstein: j oder n
- 03 b Mundkrankheit: j oder n
- 04 a Sonstiger Befund, z. B. "Fistel"
- 05 z Zahnangabe gem. Definition in 0.2
  - a Befundsymbol gem. Definition in 0.2.1:
- 06 Weitere Zahnangaben mit Befundsymbol

Hinweis: Die Folge L001..., L002..., L001.... ist zulässig, ebenso L001, L001,... L002, L002,...

L002: Das Format des 01-Befundes gilt auch für den Arbeitsbefund (S034) und den entsprechenden Datensatz des Prophylaxebefundes (I008).

**Es muss zur Leistung 01 ein Befund übergeben werden, die Ausprägung sollte so vollständig wie möglich sein.**

**[L003 [n]^n^[n/a]^a^a^a^n]** Zusatzinformationen zur Leistung

01	n	PraxisArchiv Disk-Id
02	n	PraxisArchiv File-Id
03	n/a	Nr. der Rechnung, auf der diese Leistung abgerechnet wurde
04	a	Fremdlaboraauftragsnummer
05	a	bei GoZ-Abrechnung analog der BEMA: Analogleistung entsprechend der BEMA
06	a	EEMMJJJJ (Einreichung im DTA)
07	n	UPT-Phase

Erklärung zum Abrechnungskennzeichen: EE mit Werten zwischen 01 und 09 steht für die Zahl der Einreichung, z. B. 01102022 -> 1. Einreichung im Oktober 2022.

Feld 06 /07 ist für kassenabgerechnete PAR-Leistungen ab 01.07.2021 verpflichtend.

*Hinweis: Feld 04: Die Fremdlabor-XML-Dateien ("Fremdlaboraauftragsnummer.xml") sind mitzuliefern.*

*Feld 05: Leistungsbezeichnung wie L001/06*

**[L004 a] ausführliche Leistungsbeschreibung, dient zur Vervollständigung bei Neuanlage einer unbekanntenen Leistung im Katalog durch den Import**

01	a	Beschreibung (Bezeichnung) der Leistung aus dem Katalog
----	---	---

*Der Satz L004 muss nur dann geschickt werden, wenn es sich um eine Leistung handelt, die nicht in den Standardkatalogen vorhanden ist. Kann vom Export eine solche Leistung nicht von einer „normalen“ Leistung unterschieden werden, so ist L004 für jede Leistung zu schicken.*

**Der L004-Satz ist Wichtig bei selbst angelegten Leistungen.**

**L005 p Punktwert der Leistung**

01	p	Punktwert zum Zeitpunkt der Erfassung
----	---	---------------------------------------

**[L006 d^a^a^a^a^a] PSI-Code**

01	d	Datum der Erbringung
02	a	Befund S1 Zähne 18 – 14
03	a	Befund S2 Zähne 13 – 23
04	a	Befund S3 Zähne 24 – 28
05	a	Befund S4 Zähne 38 – 34
06	a	Befund S5 Zähne 33 – 43
07	a	Befund S6 Zähne 44 – 48

*Die Befunde sind maximal 2-stellig. Die erste Stelle besteht aus einer Ziffer zwischen 0 und 4, als optionale zweite Stelle darf per Definition das Zeichen `\*` geliefert werden.*

*Weiterhin können die Befundfelder mit einem kleinen `x` auf der ersten Stelle gekennzeichnet werden, d. h. „Sextant ist zahnlos“.*

**[L007 n^n] Zusätzliche Anzahlfelder zum unmittelbar vorherigen L001-Satz**

01	n	Deklaration des Nummernkreises gem. Notation 0.2.4
		1 = Wegegeld
		2 = Personen
		3 = KM
		4 = Multiplikator-Wurzelbehandlung
		5 = Teilabrechnung
		6 = angefangene halbe Stunde
		7 = Uhrzeit (hhmm)
		8 = Betrag in Cent
02	n	Anzahl

*Der Datensatz L007 kann/muss bei Multiangaben (KM und Anzahl Patienten) mehrfach vorkommen.*

Bsp.: L0073^100 = Übergabewert 100 km  
L0072^5 = Übergabewert 5 Patienten  
... u.s.w

Sofern die L007-Sätze unmittelbar nacheinander geliefert werden, entsprechen die Zeilen einer Multiangabe von Daten die vorherige L001-Zeile betreffend.

### 3.3. Prophylaxebefunde

#### I000 a/n Patientenidentifikation

Siehe Datensätze X015 und S000.

#### I001 d^n^n^d^n Planidentifikation

- 01 d Datum der Sitzung
- 02 n Lfd. Nummer des IP-Programms
- 03 n Sitzungsnummer in diesem IP-Programm
- 04 d Beginn des zu diesem Befund gehörigen IP-Programms
- 05 n Kennzeichen Kasse / Privat
  - 1 = Kasse
  - 2 = Privat

Eindeutiger Schlüssel ist entweder I000 und I001 Feld 01 oder I000 und I001 Feld 02 und Feld 03.

Feld 02: Die IP-Programme (3-Jahres-Programme) sind mit 1 beginnend durchzunummerieren.

Feld 03: Die Sitzungsnummer ist pro IP-Programm durchzunummerieren.

#### I002 n^n^n Angaben zum Plaqueindex

- 01 n Minimaler Wert
- 02 n Maximaler Wert
- 03 n Kennung zur Messmethode
  - 1 = Messung erfolgt pro Zahn,
  - 2 = Messung erfolgt pro Zahnzwischenraum

#### I003 a^a[^a^a][...] Plaqueindex

- 01 a Lage der Messpunkte (Flächenbezeichnungen aus L001 Feld 08)
- 02 a Messwertreihe
- ...

Die (einstelligen) Messwerte sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich bei einer zahnbezogenen Messung 32 Zeichen, bei einer zwischenraumbezogenen Messung 28 Zeichen ergeben. (Der Zwischenraum zwischen den 1-ern wird nicht gemessen) Die Reihenfolge der Messpunkte ist bei zahnbezogener Messung: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48. Analog bei der zwischenraumbezogenen Messung: 18/17 ... 12/11, 21/22 ... 27/28, 38/37 ... 32/31, 41/42 ... 47/48. Plus/minus Indizes sind mit "-" für minus bzw. "+" für plus zu codieren. Ein ausgelassener Messpunkt ist durch ein Leerzeichen zu kennzeichnen.

#### I004 a Bemerkung zum Plaqueindex

- 01 a Bemerkung

#### I005 n^n^n Angaben zum Blutungsindex

- 01 n Minimaler Wert
- 02 n Maximaler Wert
- 03 n Kennung zur Messmethode
  - 1 = Messung erfolgt pro Zahn,
  - 2 = Messung erfolgt pro Zahnzwischenraum

**I006 a^a[^a^a][...] Blutungsindex**

01 a Lage der Messpunkte (Flächenbezeichnungen aus L001 Feld 08)

02 a Messwertreihe

...

*Die (einstelligen) Messwerte sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich bei einer zahnbezogenen Messung 32 Zeichen, bei einer zwischenraumbezogenen Messung 28 Zeichen ergeben (Der Zwischenraum zwischen den 1-ern wird nicht gemessen). Die Reihenfolge der Messpunkte ist bei zahnbezogener Messung: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48. Analog bei der zwischenraumbezogenen Messung: 18/17 ... 12/11, 21/22 ... 27/28, 38/37 ... 32/31, 41/42 ... 47/48. Plus/minus Indizes sind mit "-" für minus bzw. "+" für plus zu codieren. Ein ausgelassener Messpunkt ist durch ein Leerzeichen zu kennzeichnen.*

**I007 a Bemerkung zum Blutungsindex**

01 a Bemerkung

**[I008 a^a^a[^za][...]] "01-Befund"**

*Das Format des Befundes ist in 3.2. näher erläutert. Das Datum der Befunderhebung ergibt sich aus I001, Feld 01.*

## 4. Patientenbezogene Datenstrukturen Ausbaustufe 3

Die Ausbaustufe 3 umfasst zusätzlich zu den Daten der Ausbaustufen 1 und 2 die Übertragung aller plangebundenen Leistungsdaten.

### 4.1 Parodontosepläne

#### P000 a/n Patientenidentifikation

Siehe Datensätze X015 und S000.

#### P001 n/a^d^n^n^n^[n/a]^d[a]^n/a^[p]^a[d]^b Planidentifikation

- |    |     |   |
|----|-----|---|
| 01 | n/a | Planidentifikation  |
| 02 | d   | Aufnahme-/Anlagedatum   |
| 03 | n   | Planstatus:<br>1 = erstellt<br>(Erläuterung: Plan wurde erstellt, aber noch nicht als Antrag an die Kasse gesendet)<br>2 = beantragt / KVA erstellt<br>(Erläuterung Kasse: Plan wurde als Antrag an die Kasse gesendet; diese hat noch keine Antwort gesendet)<br>3 = fehlerhaft<br>(Erläuterung: Plan ist weder genehmigt noch abgelehnt, da Fehlernachricht oder Fehler beim Versand)<br>4 = abgelehnt<br>(Erläuterung: Plan wurde von Kasse abgelehnt)<br>5 = genehmigt<br>(Erläuterung: Plan wurde von Kasse genehmigt)<br>6 = unbelegt<br>7 = abgerechnet<br>(über DTA oder Privatliquidation)<br>8 = abgeschlossen<br>(Erläuterung: Plan ist abgeschlossen, DTA und falls vorhanden Eigenanteil sind beide abgerechnet) |
| 04 | n   | Euro-Kennzeichen<br>1 = Werte in Betragsfeldern sind in DM<br>2 = Werte in Betragsfeldern sind in €uro  |
| 05 | n   | Kennzeichen Kasse / Privat<br>1 = Kasse alt<br>2 = Privat<br>3 = Kasse neu (ab 1.1.2004)<br>4 = Kasse Therapieergänzung (ab 1.1.2004)<br>5 = Kasse neu (ab 1.7.2021)<br>6 = PMB (Anzeige einer modifizierten Behandlung nach §22a SGBV)   |
| 06 | n/a | bei Therapieergänzung: Planidentifikation des zugehörigen Kassenplans   |
| 07 | d   | bei Therapieergänzung: Datum des zugehörigen Kassenplans  |
| 08 | a   | Kennzeichen<br>E = Eingliederungshilfe nach §99 SGB oder<br>P = mit Pflegegrad nach §15 SGB oder<br>O = ohne Kennzeichen (Kasse neu ab 1.7.2021 oder leer)  |
| 09 | n/a | Behandler-ID (s. C001)  |
| 10 | p   | PA-Punktwert in 1/100.000   |
| 11 | a   | gutachterlich befürwortet<br>j = ja<br>n = nein<br>t = teilweise  |
| 12 | d   | Datum der Begutachtung  |
| 13 | b   | ausreichende Röntgendiagnostik (Sonstige Fallkennzeichnung)   |

Feld 01, 06: Siehe Datensatz X022

Kann Feld 06 nicht geliefert werden, ist Feld 07 zu liefern.

Die Sätze P002 bis P009 entfallen für Pläne ab dem 01.07.2021. Bei diesen Sätzen sind Einträge, die nur im Kassenplan vor 2004 vorkamen mit (+), und solche, die nur ab 2004 vorkamen, mit (\*) gekennzeichnet.

**P002 [b]^ [b]^ [b]^ [a]^ [a]^ [b]^ [b]^ [b]^ [b]^ [a]^ [a] Allgemeine Vorgeschichte**

- 01 b Besteht eine Diabetes? j/n
- 02 b Vasomotorische Erkrankungen? j/n (+)
- 03 b Magen-Darmstörungen? j/n (+)
- 04 a Sonstige gegenwärtige Erkrankungen / Sonstiges (1) (Text)
- 05 a Sonstige gegenwärtige Erkrankungen / Sonstiges (2) (Text)
- 06 b Bluterkrankungen (z. B. Leukämie)? j/n (\*)
- 07 b HIV-Infektion? j/n (\*)
- 08 b Genetische Erkrankungen (z. B. Down-Syndrom)? j/n (\*)
- 09 b Osteoporose? j/n (\*)
- 10 b Tabakkonsum? j/n (\*)
- 11 a Sonstiges (3) (Text) (\*)
- 12 a Sonstiges (4) (Text) (\*)

Anmerkung: Die Felder orientieren sich an dem Formblatt "Parodontalstatus".

**P003 [b]^ [b]^ [b]^ [b]^ [b]^ [b]^ [b]^ [n] Spezielle Vorgeschichte**

- 01 b Gingivitis oder Stomatitis ulcerosa - einmal j/n (+)
- 02 b Gingivitis oder Stomatitis ulcerosa - mehrmals j/n (+)
- 03 b Zahnfleischbluten j/n
- 04 b Tendenz zur Bildung von Belägen j/n (+)
- 05 b Zahnwanderungen j/n
- 06 b Zahnverlust durch Zahnlockerung j/n
- 07 b Frühere kieferorthopädische Behandlung j/n (+)
- 08 b Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren j/n (\*)
- 09 b Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches j/n (\*)
- 10 b Frühere Zahnfleischbehandlung j/n (\*)
- 11 n Angabe des Jahres

Anmerkung: Die Felder orientieren sich an dem Formblatt "Parodontalstatus".

**P004 [b]^ [b]^ [b]^ [b]^ [a] Parafunktionen und Folgen**

- 01 b Knirschen j/n
- 02 b Pressen j/n
- 03 b Lippenpressen j/n
- 04 b Zungenpressen j/n
- 05 b Abrasionen/Schliff-Flächen j/n
- 06 a Sonstige (Text)

Anmerkung: Die Felder orientieren sich an dem Formblatt "Parodontalstatus".

**P005 [b]^ [n]^ [b]^ [n] Zahnersatz**

- 01 b Herausnehmbarer Zahnersatz j/n
- 02 n Herausnehmbarer Zahnersatz seit ... Jahren
- 03 b Festsitzender Zahnersatz j/n
- 04 n Festsitzenden Zahnersatz seit ... Jahren

Anmerkung: Die Felder orientieren sich an dem Formblatt "Parodontalstatus".

**P006 [b]^b^[b]^b^[b] Marginales Parodontium**

- 01 b Entzündung / Bluten auf Sondieren generell j/n
- 02 b Entzündung / Bluten auf Sondieren lokalisiert j/n
- 03 b Taschensekretion j/n (+)
- 04 b Konkremente j/n
- 05 b Subgingivaler Zahnstein j/n (\*)

Anmerkung: Die Felder orientieren sich an dem Formblatt "Parodontalstatus".

**P007 [a]^a^[a]^a Diagnose**

- 01 a Diagnosetext

Anmerkung: Die Felder orientieren sich an dem Formblatt "Parodontalstatus".

**P008 [b] Einartikulation durch Beschleifen**

- 01 b Einartikulation durch Beschleifen j/n

**P009 b^b^a[^za] [...] "01-Befund"**

Siehe auch P049

Das Format des Befundes ist in 3.2. näher erläutert. Das Datum der Befunderhebung ergibt sich aus P001, Feld 02.

Im Falle von EBZ-Formularen werden bei den Sätzen P010- P020 keine Erstbefunde benötigt, sofern diese bereits im EBZ-Formular übertragen werden.

**P010 [n]{^d^n} Lockerungsgrade; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3****Satz entfällt bei EBZ-Erstbeantragung**

- 01 n Messwertreihe (jede Stelle 0...3)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund

Anmerkung: Es können z. B. während der UPT-Phase zwischenzeitlich Befunde aufgenommen und eingetragen werden, sogenannte **Kontrollbefunde**. Diese können auch zu jedem anderen Zeitpunkt während der PAR-Behandlung aufgenommen werden.

Die (einstelligen) Messwerte sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich 32 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Messpunkte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

**P011 [a]{^d^n} Furkationen; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3  
Satz entfällt bei EBZ-Erstbeantragung**

- 01 a Wertereihe (jede Stelle j/n oder Werte 1 – 3 für neue Pläne)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund

Die Werte "j" bzw. "n" sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich 32 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Werte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

**P012 [a] ]{^d^n} Vitalität; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3**

- 01 a Wertereihe (jede Stelle j/n)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund

Die Werte "j" bzw. "n" sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich 32 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Werte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

**P013 [n] ]{^d^n}[^n] mesiale Taschen; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3**

- 01 n Messwertreihe (jeder Messwert 4-stellig, d. h. in 1/100 mm)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund
- 04 Messpunktlage bei 6 Messpunkten
  - 1 mesial-vestibulär
  - 2 mesial-lingual

Der Satz P013 muss im Fall von 6 Messstellen mehrfach geliefert werden

Die (vierstelligen) Messwerte sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich insgesamt 128 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Messpunkte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

**P014 [n] [d^n] distale Taschen; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3  
Satz entfällt bei EBZ-Erstbeantragung**

- 01 n Messwertreihe (jeder Messwert 4-stellig, d. h. in 1/100 mm)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund
- 04 Messpunktlage bei 6 Messpunkten
  - 1 distal-vestibulär
  - 2 distal-lingual

Der Satz P014 muss im Fall von 6 Messstellen mehrfach geliefert werden.

*Die (vierstelligen) Messwerte sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich insgesamt 128 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Messpunkte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.*

**P015 [n] [d^n} vestibuläre Taschen; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3  
Satz entfällt bei EBZ-Erstbeantragung**

- 01 n Messwertreihe (jeder Messwert 4-stellig, d. h. in 1/100 mm)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund

*Die (vierstelligen) Messwerte sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich insgesamt 128 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Messpunkte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.*

**P016 [n] {d^n} linguale Taschen; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3  
Satz entfällt bei EBZ-Erstbeantragung**

- 01 n Messwertreihe (jeder Messwert 4-stellig, d. h. in 1/100 mm)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund

Die (vierstelligen) Messwerte sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich insgesamt 128 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Messpunkte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

**P017 [n] {^d^n} Rezessionen (Freiliegende Zahnhäule); ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3**

- 01 n Messwertreihe (jeder Messwert 4-stellig, d. h. in 1/100 mm)
- 02 d Datum des Befundes
- 03n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund

Die (vierstelligen) Messwerte sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich insgesamt 128 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Messpunkte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

**P018 [a] {^d^n} Schienung; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3**

- 01 a Wertereihe (jeder Wert 3-stellig)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund

Die (dreistelligen) Einträge sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich insgesamt 96 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Einträge ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

Diese Wertreihe ist ausschließlich zur Bedruckung der entsprechenden Felder des PA-Formulars zu verwenden.

**P019 [a] {^d^n} Geplante prothetische Versorgung; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3**

- 01 a Wertereihe (jeder Wert 3-stellig)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund

Die (dreistelligen) Einträge sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich insgesamt 96 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Einträge ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

Diese Wertreihe ist ausschließlich zur Bedruckung der entsprechenden Felder des PA-Formulars zu verwenden.

**P020 [a] {^d^n} Taschentherapie; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3**

- 01 a Wertereihe (jede Stelle j/n)
- 02 d Datum des Befundes
- 03 n Art der Befundung
  - 1 p4 (Erstbefund)
  - 2 beva
  - 3 bevb
  - 4 1. uptd
  - 5 2. uptd
  - 6 3. uptd
  - 7. 4. uptd
  - 8. uptg
  - 9. Kontrollbefund

Die Werte "j" bzw. "n" sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich 32 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Werte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

**P021 [n]^a[z]^n[^a]... Vorgesehene Maßnahmen, je Leistung ein Satz  
Satz entfällt bei EBZ**

- 01 n Anzahl
- 02 a Leistungsbezeichnung
- 03 z Zahnangaben gem. Definition in 0.2
- 04 n Einzelpreis in Pfg./Cent. bzw. 1/100 Punkte
- 05 n Faktor in 1/100 (z. B. 230 für 2,3-fach)
- 06 a Bemerkung(en)

Zum Format der Leistungsbezeichnung vgl. Anmerkungen zur Satzart L001.

Die Währung des Betragsfeldes ist abhängig vom P001-Satz, Feld 04.

**Für Kassenpläne ab dem 01.07.2021 entfällt Satz P021 dafür ist dann Satz P041 zu liefern.**

**P022 [n] Vorgesehene Laborkosten**

- 01 n Vorgesehene Material- und Laborkosten in Pfg./Cent

Die Währung des Betragsfeldes ist abhängig vom P001-Satz, Feld 04

**P024 [n]^n[^n]^n[^n] Abgerechnete Laborkosten (Fremdlaborkosten, Eigenlaborkosten)**

- 01 n Abgerechnete Material- und Laborkosten (Fremdlabor) in Pfg./Cent.
- 02 n Euro-Kennzeichen
  - 1 = Werte in Betragsfeldern sind Pfg.
  - 2 = Werte in Betragsfeldern sind Cent.
- 03 n Abformmaterial Anzahl (Eigenlabor)
- 04 n Abformmaterial Betrag in Pfg./Cent (Eigenlabor)
- 05 n Versand Anzahl (Eigenlabor)
- 06 n Versand Betrag in Pfg./Cent (Eigenlabor)



Anmerkung: Die Felder orientieren sich an dem Formblatt "Parodontalstatus"

**P029 [n]{^d^n} Vorgehen; ab 1.07.2021 zusätzlich mit Feld 2 und 3**

**Satz entfällt bei EBZ**

- |    |    |  |
|----|----|--|
| 01 | n  | Wertereihe (jede Stelle: 0 – keines, 1 – geschlossen=AIT, 2 – offen=CPT) |
| 02 | d  | Datum des Befundes   |
| 03 | n  | Art der Befundung  |
|    | 1  | p4 (Erstbefund)  |
|    | 2  | beva   |
|    | 3  | bevb   |
|    | 4  | 1. uptd  |
|    | 5  | 2. uptd  |
|    | 6  | 3. uptd  |
|    | 7. | 4. uptd  |
|    | 8. | uptg   |
|    | 9. | Kontrollbefund   |

Die Werte "0", "1" bzw. "2" sind ohne Trennzeichen aneinanderzureihen, so dass sich 32 Zeichen ergeben. Die Reihenfolge der Werte ist: 18 ... 11, 21 ... 28, 38 ... 31, 41 ... 48.

**[P032 [b]^b^[a]^n] Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese ab 1.7.2021**

**Satz entfällt bei EBZ**

- |    |   |                      |                   |
|----|---|----------------------|-------------------|
| 01 | b | Diabetes mellitus?   | j/n               |
| 02 | b | Tabakkonsum?         | j/n               |
| 03 | a | Sonstiges            | Freitext          |
| 04 | n | Frühere PAR-Therapie | Angabe des Jahres |

**[P033 [b]^a^[b]] Diagnose ab 1.7.2021**

**Satz entfällt bei EBZ**

- |    |   |  |          |
|----|---|--|----------|
| 01 | b | Parodontitis?                            | j/n      |
| 02 | a | Parodontitis als Manifestation           | Freitext |
| 03 | b | Andere das Parodont betreffende Zustände | j/n      |

**[P034 a^[n]^n^n^b^b^b^n^a^n^n^n] Stadium ab 1.7.2021**

**Satz entfällt bei EBZ**

- |    |   |                                 |                          |
|----|---|---------------------------------|--------------------------|
| 01 | a | Stadium                         | I, II, III oder IV       |
| 02 | n | KA                              |                          |
|    | 1 |                                 | < 15%                    |
|    | 2 |                                 | 15-33%                   |
|    | 3 |                                 | > 33%                    |
| 03 | n | CAL                             |                          |
|    | 1 |                                 | 1-2 mm                   |
|    | 2 |                                 | 3-4 mm                   |
|    | 3 |                                 | >= 5 mm                  |
| 04 | n | Zahnverlust                     |                          |
|    | 1 |                                 | nein                     |
|    | 2 |                                 | <= 4                     |
|    | 3 |                                 | >= 5                     |
| 05 | b | Komplexitätsfaktoren ST = 5 mm  |                          |
| 06 | b | Komplexitätsfaktoren ST >= 6 mm |                          |
| 07 | b | Komplexe Rehabilitation         |                          |
| 08 | n | Ausmaß                          |                          |
|    | 1 |                                 | lokalisiert              |
|    | 2 |                                 | generalisiert            |
|    | 3 |                                 | Molaren-Inzisiven-Muster |
| 09 | a | Grad                            | A, B oder C              |

10	n	KA %/Alter	
		1	< 0,25
		2	0,25 - 1,0
		3	> 1,0
11	n	Diabetes	
		1	kein
		2	HbA 1c < 7,0 %
		3	HbA 1c >= 7,0 %
12	n	Rauchen	
		1	keine Zigaretten (Nichtraucher)
		2	< 10 Zigaretten/Tag
		3	>= 10 Zigaretten/Tag

Wird Feld 2 geliefert kann Feld 3 leer übergeben werden und umgekehrt; Eine Angabe Feld 2 oder 3 ist aber zwingend erforderlich.

**[P041 n^a^z]^n^[n]^a^...] Vorgesehene Maßnahmen, je Leistung ein Satz ab 1.7.2021 anstelle des P021Satz entfällt bei EBZ**

01	n	Anzahl
02	a	Leistungsbezeichnung (UPT als Pseudoleistung)
03	z	Zahngaben gem. Definition in 0.2
04	n	Einzelpreis in Pfg./Cent. bzw. 1/100 Punkte
05	n	Faktor in 1/100 (z. B. 230 für 2,3-fach)
06	a	Bemerkung(en)

**[P044 a...] Bemerkungen (Textfeld) ab 1.7.2021**

01	a	Bemerkungen (Hier können Zähne aufgeführt werden, die auf Wunsch des Versicherten (abweichend von der Regelung in den Richtlinien) therapiert werden.)
----	---	--

**[P045 n] Honorar gem. eingereichter Abrechnungen (erwarteter Betrag nach Planende)**

01	n	BEMA-Gesamtbetrag in Cent
----	---	---------------------------

**P049 d^n^b^b^a[^za][...] "01-Befund" ab 1.7.2021 anstelle des P009**

01	d	Datum der Befunderhebung
02	n	Art der Befundung
		1 p4 (Erstbefund)
		2 beva
		3 bevb
		4 1. uptd
		5 2. uptd
		6 3. uptd
		7. 4. uptd
		8. uptg
		9. Kontrollbefund
03	b	Zahnstein j/n
04	b	Mundkrankheit j/n
05	a	Sonstiger Befund Freitext
06	za	Zahngabe gem. Definition in 0.2.1

Das Format des Befundes ist in 3.2. näher erläutert.

## Hinweis zur Implementierung

### 1. Export

Daten, die im System nicht vorhanden sind, brauchen/können nicht exportiert werden und sind nicht durch Pseudoangaben zu ersetzen!

Bei neuen Kassenplänen ab dem 01.07.2021 müssen die neuen Felder übertragen werden, die alten Felder (für die es eine neue Entsprechung gibt) brauchen nicht übertragen zu werden, da sie beim Import überlesen werden.

**Bei Kassenplänen vor dem 01.07.2021 und bei Privatplänen sind die neuen Felder/Satzarten nicht zu füllen.**

### 2. Import

Neue Satzarten / Felder schlagen alte Satzarten / Felder

**Achtung folgende Satzarten sind zusätzlich bei der Planübermittlung von PA-EBZ-Plänen zu übermitteln (Datenstrukturen Ausbaustufe 4)**

P100	a^a^n^[n]	Plan-Antrags-Daten
01	a	Antragsnummer
02	a	Dateiname
03	n	Dateityp 1 = Erstantrag/ -anzeige 2 = Änderungsantrag/ -anzeige 3 = Mitteilung 4 = Antwort 5 = Fehler
04	n	Versand-Status 1 = postalisch versendet 2 = versendet und auf Zustellbestätigung wartend 3 = Zustellbestätigung erhalten

**Das Feld 04 ist nur zu liefern, wenn der Planstatus 2 vorliegt und es sich um den Dateityp 1 bis 3 handelt**

Um beim Dateinamen eine Eindeutigkeit zu erreichen, ist bei den EBZ-Dateinamen bis Vers. 1.4 vom Exporteur ein Timestamp anzufügen.

## 4.2 Kfo-Pläne

### F000 n/a Patientenidentifikation

Siehe Datensätze X015 und S000.

### [F001 [n/a]^n] Patientenzusatzinformation

- |    |     |  |
|----|-----|--|
| 01 | n/a | Modellnummer   |
| 02 | n   | Abrechnungsweg:<br>1=KZV-Abrechnung<br>2=Direktabrechnung<br>3=Abtretung |

### F002 n/a^n^a^a Planidentifikation

- |    |     |   |
|----|-----|---|
| 01 | n/a | Planidentifikation  |
| 02 | n   | Basisplanidentifikation   |
| 03 | a   | Antragsnummer gemäß Beschreibung der KZBV                                     |
| 04 | a   | Antragsnummer gemäß Beschreibung der KZBV für den Basisplan, sofern verfügbar |

*Feld 01: Siehe Datensatz X024*

*Feld 02 enthält bei alphanumerischen Plannummern die interne numerische Ident-Nr des Planes. Bei Verlängerungen etc. ist in diesem Feld die numerische Ident-Nr. des Ursprungsplans zu übergeben.*

### F003 n^d^d^d^n^n^n^n^n^n^n^n^n/a^n^d^p Plandaten

- |    |   |  |
|----|---|--|
| 01 | n | Plantyp<br>1 = Kassenplan<br>2 = Verlängerungsplan Kasse<br>3 = Privatplan<br>4 = Verlängerungsplan Privat<br>5 = Verlängerungsplan2 Kasse<br>6 = Verlängerungsplan2 Privat<br>7 = Therapieänderung Kasse<br>8 = Therapieänderung Privat<br>9 = Nachantrag<br>10 = Nachantrag Privat   |
| 02 | d | Aufnahme-/Anlagedatum  |
| 03 | d | Behandlungsbeginn  |
| 04 | d | Behandlungsende  |
| 05 | n | Planstatus:<br>1 = erstellt<br>(Erläuterung: Plan wurde erstellt, aber noch nicht als Antrag an die Kasse gesendet)<br>2 = beantragt / KVA erstellt<br>(Erläuterung Kasse: Plan wurde als Antrag an die Kasse gesendet; diese hat noch keine Antwort gesendet)<br>3 = fehlerhaft<br>(Erläuterung: Plan ist weder genehmigt noch abgelehnt, da Fehlernachricht oder Fehler beim Versand)<br>4 = abgelehnt<br>(Erläuterung: Plan wurde von Kasse abgelehnt)<br>5 = genehmigt<br>(Erläuterung: Plan wurde von Kasse genehmigt)<br>6 = unbelegt<br>7 = unbelegt<br>8 = unbelegt<br>9 = Behandlung begonnen |

		10 = Behandlung beendet
		11 = Leerquartal
06	n	Anzahl der Abschläge insgesamt
07	n	Anzahl der Abschläge bisher
08	n	Honorarkosten in Pfg./Cent.
09	n	Material- und Laborkosten
10	n	Gesamtkosten
11	n	Kassenanteil in Prozent (100, 90, 80)
12	n/a	Behandleridentifikation (abweichender Stammbehandler)
13	n	Behandlungsdauer bisher
14	d	Genehmigungsdatum
15	n	Abschlagsrechnungsverteiler
16	p	Punktwert KFO

*Feld 01:* Siehe Datensatz X024

*Feld 06:* Das Feld enthält die geplante Anzahl der Abschläge (üblicherweise  $\leq 12$ ).

*Feld 07:* Das Feld enthält die Anzahl bisher abgerechneter Quartale ( $\leq$  Feld 06).

*Feld 13:* Das Feld enthält die Anzahl abgerechneter Quartale zzgl. der Anzahl an Leerquartalen (üblicherweise  $\leq 16$ ).

*Feld 15:* Soll bei Privatplanen nicht nach den vorgegebenen Abschlägen (z. B. 12 Abschläge) sondern nach eigenen Teilern abgeschlagen werden (z. B. 10 Abschläge) so ist dieser Wert hier zu übertragen.

**F004 n^a[^a][...] Plantext  
entfällt bei EBZ**

01	n	Texttyp
		1 = Zahnbefund
		2 = Bemerkung
		3 = Anamnese
		4 = Diagnose
		5 = Therapie
		6 = Epikrise
		7 = Begründung bei Plantyp Verlängerung
		8 = Freier Text bei Plantyp Verlängerung
		9 = Freier Text „Sonstiges“
		10 = Zahnbefund Zahnunterzahl (Formularfeld im Kassenplan)
		11 = Zahnbefund Zahnuberzahl (Formularfeld im Kassenplan)
		12 = Beginnquartal
		13 = Ab Quartal
		14 = Anzahl Quartale
		15 = Verzogelter Zahnwechsel
		16 = Schwierige, umfangreiche Behandlung
		17 = Verzögerte Reaktion
		18 = Unzureichende Mitarbeit des Patienten
		19 = Diagnose OK
		20 = Diagnose UK
		21 = Diagnose Bisslage
		22 = Therapie OK
		23 = Therapie UK
		24 = Therapie Bisslage
		25 = Verwendete Geräte
		26 = Frühbehandlung
		27 = Frühe Behandlung
02...a		Text

*Satz F004 darf mehrfach übertragen werden. So ist eine zeilenweise Übertragung der Plantexte möglich.*

Feld 01: Die Texttypen 12 bis 18 werden für den Verlängerungsantrag benötigt. Die Begründungen (Texttyp 15 bis 18 sowie 26 und 27) sind Ankreuzfelder auf den Formularen. Als Text wird hier deshalb lediglich der Buchstabe "X" (ASCII-Wert = 88) geschickt.

**F005 n^n^a^z^n^n^n[^a][n]... Vorgesehene Maßnahmen, je Leistung ein Satz**

01	n	Satzart 1 = vorgesehene Maßnahme
02	n	Anzahl
03	a	Leistungsbezeichnung
04	z	Zahnangaben gem. Definition in 0.2
05	n	Einzelpreis in Pfg./Cent. bzw. 1/100 Punkte
06	n	Leistungsart 1 = Betrags- oder Laborleistung (in Pfg.) 2 = Sonstige (in Punkten) 3 = Betrags- oder Laborleistung (in Cent)
07	n	Faktor in 1/100 (z. B. 230 für 2,3-fach)
08	a	Begründung
09	n	Begründungsart 1 = reiner Text 2 = Textkürzel

Feld 02: Abschlagsleistungen werden mit der Anzahl 1 übertragen. Das importierende Programm muss anhand der geplanten Anzahl an Abschlägen die Bruchteile berechnen. Der Bezeichnung von GOZ-Abschlagsleistungen (603-608) wird ein Schrägstrich und die Anzahl geplanter Quartale angehängt, also z. B. 603/12.

Feld 03: Zum Format der Leistungsbezeichnung vgl. Anmerkungen zur Satzart L001.

Feld 05: enthält den Betrag in Pfg./Cent., wenn Leistungsart = 1 (Betragsleistung).

Feld 09: bei Begründungsart = 2 (Textkürzel) muss das Kürzel als Satz Dxxx mit übertragen werden.

Sind bei gleichen Leistungen unterschiedliche Faktoren verwendet worden, ist je Faktorsatz ein eigener F005-Satz zu liefern.

Erbrachte Leistungen sind als L001 Satz zu übergeben.

**Bei EBZ entfällt die Satzart F005.**



## Datenstrukturen Ausbaustufe 4

### 4.3 ZE-Pläne (EBZ)

#### Z000 n/a Patientenidentifikation

Siehe Datensätze X015 und S000.

#### Z001 n/a^n^p^[n/a][^n/a][^a] Planidentifikation/Plandaten

- |    |     |  |
|----|-----|--|
| 01 | n/a | Planidentifikation   |
| 02 | n   | Planstatus   |
|    |     | 1 = erstellt<br>(Erläuterung: Plan wurde als XML erstellt, aber noch nicht als Antrag an die Kasse gesendet)           |
|    |     | 2 = beantragt<br>(Erläuterung: Plan wurde als Antrag an die Kasse gesendet; diese hat noch keine Antwort gesendet)     |
|    |     | 3 = fehlerhaft<br>(Erläuterung: Plan ist weder genehmigt abgelehnt, da Fehlernachricht oder Fehler beim Versand)       |
|    |     | 4 = abgelehnt<br>(Erläuterung: Plan wurde von Kasse abgelehnt)   |
|    |     | 5 = genehmigt<br>(Erläuterung: Plan wurde von Kasse genehmigt)   |
|    |     | 6 = abgerechnet (Eigenanteil)<br>(Erläuterung: Eigenanteil ist abgerechnet, aber DTA noch nicht)                       |
|    |     | 7 = abgerechnet (über DTA)<br>(Erläuterung: Plan wurde in DTA abgerechnet, aber Eigenanteil noch nicht)                |
|    |     | 8 = abgeschlossen<br>(Erläuterung: Plan ist abgeschlossen, DTA und falls vorhanden Eigenanteil sind beide abgerechnet) |
| 03 | p   | Punktwert  |
| 04 | n/a | Rechnungsnummer (bei Planstatus 6 und 8)   |
| 05 | n/a | Behandler-ID (entsprechend C001)   |
| 06 | a   | praxisinterne Bemerkungen (optional)   |

Noch nicht versendete Pläne müssen nicht übertragen werden.

Feld 01: Siehe Datensatz X023

#### Z003 a^z^n] nachträgliche Befunde

- |    |   |                       |
|----|---|-----------------------|
| 01 | a | Befund-Nr             |
| 02 | z | Gebiet                |
| 03 | n | Betrag (Festzuschuss) |

Der Satz Z003 kann mehrfach vorkommen.

#### Z100 a^a^n^[n] Plan-Antrags-Daten

- |    |   |  |
|----|---|--|
| 01 | a | Antragsnummer                                    |
| 02 | a | Dateiname  |
| 03 | n | Dateityp   |
|    |   | 1 = Erstantrag/ -anzeige                         |
|    |   | 2 = Änderungsantrag/ -anzeige                    |
|    |   | 3 = Mitteilung                                   |
|    |   | 4 = Antwort                                      |
|    |   | 5 = Fehler                                       |
| 04 | n | Versand-Status                                   |
|    |   | 1 = postalisch versendet                         |
|    |   | 2 = versendet und auf Zustellbestätigung wartend |
|    |   | 3 = Zustellbestätigung erhalten                  |

**Das Feld 04 ist nur zu liefern, wenn der Planstatus 2 vorliegt und es sich um den Dateityp 1 bis 3 handelt.**

*Der Datensatz Z100 kann mehrfach vorkommen.*

**[Z004 d^n^n^n^n^n^n[n]^n^n^n^n^n^d^a^b] Abrechnungsdaten**

01	d	Abrechnungsdatum
02	n	Abrechnung Honorar BEMA in Cent
03	n	Abrechnung Honorar BEMA nachtäglich in Cent
04	n	Abrechnung Honorar GOZ in Cent
05	n	Abrechnung Material- und Laborkosten Fremdlabor in Cent
06	n	Abrechnung Material- und Laborkosten Eigenlabor in Cent
07	n	Abrechnung Verbrauchsmaterial in Cent
08	n	Versandkosten Praxis in Cent
09	n	Gesamtsumme in Cent
10	n	Summe Festzuschuss in Cent (beantragte)
11	n	Summe Festzuschuss in Cent (nachträgliche)
12	d	Eingliederungsdatum
13	a	Herstellungsort/-land
14	b	Teilleistungskennzeichen setzen (j/n)

Für jeden Dateityp ist folgende Form des Exportes zu verwenden:  
Z000[1 mal]/Z001[1 mal]/Z003[0-n mal]/Z100[1-n mal]/Z004[0-1 mal].

#### 4.4 Kieferbruch-Pläne (EBZ)

**W000 n/a Patientenidentifikation**

Siehe Datensätze X015 und S000.

**W001 n/a^ n^p[^n/a] Planidentifikation / Plandaten**

01	n/a	Planidentifikation
02	n	Planstatus
		1 = erstellt (Erläuterung: Plan wurde als XML erstellt, aber noch nicht als Antrag an die Kasse gesendet)
		2 = beantragt/mitgeteilt (Erläuterung: Plan wurde als Antrag an die Kasse gesendet; diese hat noch keine Antwort gesendet)
		3 = fehlerhaft (Erläuterung: Plan ist weder genehmigt noch abgelehnt, da Fehlernachricht oder Fehler beim Versand)
		4 = abgelehnt (derzeit nicht vorgesehen)
		5 = genehmigt (derzeit nicht vorgesehen)
		6 = unbelegt
		7 = abgerechnet (über DTA) (Erläuterung: Plan wurde in DTA abgerechnet, aber Eigenanteil noch nicht)
		8 = abgeschlossen (Erläuterung: Plan ist abgeschlossen, DTA und falls vorhanden Eigenanteil, sind beide abgerechnet)
03	p	Punktwert
04	n/a	Behandler-ID (entsprechend C001)

*Feld 01: Siehe Datensatz X025*

*Noch nicht versendete Pläne müssen nicht übertragen werden.*

**W100 a^a^n[^n] Plan-Antrags-Daten**

01	a	Antragsnummer
02	a	Dateiname
03	n	Dateityp 1 = Erstantrag/ -anzeige 2 = Änderungsantrag/ -anzeige 3 = Mitteilung 4 = Antwort 5 = Fehler
04	n	Versand-Status 1 = postalisch versendet 2 = versendet und auf Zustellbestätigung wartend 3 = Zustellbestätigung erhalten

**Das Feld 04 ist nur zu liefern, wenn der Planstatus 2 vorliegt und es sich um den Dateityp 1 bis 3 handelt.**

Um beim Dateinamen eine Eindeutigkeit zu erreichen, ist bei den EBZ-Dateinamen bis Vers. 1.4 vom Exporteur ein Timestamp anzufügen.

*Der Datensatz W100 kann mehrfach vorkommen.*

**[W004 d^n^n^n^n^n] Abrechnungsdaten**

01	d	Abrechnungsdatum
02	n	Honorar in Cent
03	n	Material- und Laborkosten Fremdlabor in Cent
04	n	Material- und Laborkosten Eigenlabor in Cent
05	n	Abformmaterial in Cent
06	n	Versandkosten in Cent

Für jeden Dateityp ist folgende Form des Exportes zu verwenden:  
W000[1 mal]/W001[1 mal]/W100[1-n mal]/W004[0-1 mal]

**4.5 Kiefergelenkserkrankungs-Pläne (EBZ)****U000 n/a Patientenidentifikation**

*Siehe Datensätze X015 und S000.*

**U001 n/a^n^p[^n/a] Planidentifikation/Plandaten**

01	n/a	Planidentifikation
02	n	Planstatus 1 = erstellt (Erläuterung: Plan wurde als XML erstellt, aber noch nicht als Antrag an die Kasse gesendet) 2 = beantragt (Erläuterung: Plan wurde als Antrag an die Kasse gesendet; diese hat noch keine Antwort gesendet) 3 = fehlerhaft (Erläuterung: Plan ist weder genehmigt noch abgelehnt, da Fehlernachricht oder Fehler beim Versand) 4 = abgelehnt (Erläuterung: Plan wurde von Kasse abgelehnt) 5 = genehmigt (Erläuterung: Plan wurde von Kasse genehmigt) 6 = unbelegt 7 = abgerechnet (über DTA) (Erläuterung: Plan wurde in DTA abgerechnet, aber Eigenanteil noch nicht) 8 = abgeschlossen (Erläuterung: Plan ist abgeschlossen, DTA und falls vorhanden Eigenanteil sind beide abgerechnet)

03	p	Punktwert
04	n/a	Behandler-ID (entsprechend C001)

*Feld 01: Siehe Datensatz X026*

*Noch nicht versendete Pläne müssen nicht übertragen werden.*

**U100 a^a^n^[n] Plan-Antragsdaten**

01	a	Antragsnummer
02	a	Dateiname
03	n	Dateityp 1 = Erstantrag/ -anzeige 2 = Änderungsantrag/ -anzeige 3 = Mitteilung 4 = Antwort 5 = Fehler
04	n	Versand-Status 1 = postalisch versendet 2 = versendet und auf Zustellbestätigung wartend 3 = Zustellbestätigung erhalten

**Das Feld 04 ist nur zu liefern, wenn der Planstatus 2 vorliegt und es sich um den Dateityp 1 bis 3 handelt.**

Um beim Dateinamen eine Eindeutigkeit zu erreichen, ist bei den EBZ-Dateinamen bis Vers. 1.4 vom Exporteur ein Timestamp anzufügen.

*Der Datensatz U100 kann mehrfach vorkommen.*

**[U004 d^n^n^n^n^n] Abrechnungsdaten**

01	d	Abrechnungsdatum
02	n	Honorar in Cent
03	n	Material- und Laborkosten Fremdlabor in Cent
04	n	Material- und Laborkosten Eigenlabor in Cent
05	n	Abformmaterial in Cent
06	n	Versandkosten in Cent

Für jeden Dateityp ist folgende Form des Exportes zu verwenden:  
U000[1 mal]/U001[1 mal]/U100[1-n mal]/U004[0-1 mal]

## 5. Material und Labordaten (Katalog-Stammdaten)

### 5.1. Material- und Labordaten für BEB-/BEL-Stammdaten-Kataloge:

#### E001 a^a^a^a^[a]^a] Leistungsidentifikation

- 01 a BEB-/ BEL-Nummer
- 02 a Gebührenordnung
  - 1 = BEB90
  - 2 = BEB97
  - 3 = BEL2
  - 4 = Material
- 03 a Laborkennzeichen
  - 1 = Eigenlabor
  - 2 = Fremdlabor
- 04 a Art
  - 1 = Leistung
  - 2 = Gold
  - 3 = Stück
  - 4 = Material/Stück
  - 5 = Material/Gramm
  - 0 = MwSt freie Leistung
- 05 a Druckbild
- 06 a Kategorie-Nr

#### E002 a[^a] Leistungsbeschreibung

- 01 a Kurzbeschreibung
- 02 a Langbeschreibung

#### E003 [n]^n^n^n^n^n][^n] Preise

- 01 n Preis I in Cent
- 02 n Preis II in Cent
- 03 n Preis III in Cent
- 04 n Preis IV in Cent
- 05 n Preis V in Cent
- 06 n Preis VI in Cent
- 07 n Preis VII in Cent
- 08 n Preis VIII in Cent
- 09 n Preis IX in Cent
- 10 n Preis X in Cent
- 11 n Provisionsgruppe: 1-10

#### [E004 a^a^a Materialnachweis]

- 01 a Produktname
- 02 a Hersteller
- 03 a Zusammensetzung

## 6. Stammdaten zur Ergänzung von Folgepositionen

### 6.1. Datensatz zur Anlage von GOZ-/BEMA Folgepositionen zu Leistungen:

#### G001 a^a^a Leistungsidentifikation

- 01 a Gebührennummer
- 02 a Gebührenordnung
  - 1=GOZ 88
  - 2=GOÄ 96
  - 3=GOÄ 88
  - 4=GOÄ 65
  - 5=BUGO 65
  - 6=BEMA
  - 7=BEMA 2004
  - 8=GOZ 2012
- 03 a Beschreibung der Gebühr

#### G002 a^a^a^n^a Folgeposition

- 01 a Gebührennummer
- 02 a O/F
  - 1=Obligatorisch
  - 2=Fakultativ
- 03 a Gebührenordnung
- 04 n Anzahl
- 05 a Beschreibung der Gebühr
- 06 n Faktor in 1/100 (z. B 230 für 2,3-fach)

Hinweis: Die Folge G001, G002, G002, ... ist zulässig.