

**Technische Anlage zur Vereinbarung über die Einführung eines
elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens
für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5**

Stand der Technischen Anlage:	25.03.2024
Anzuwenden ab:	01.01.2025
Version:	2.0

Inhaltsverzeichnis

Historie.....	5
1 Allgemeines	8
2 Durchführung der Datenübermittlung	9
2.1 Grundsätze	9
2.2 Datenübertragung.....	9
2.3 Quittierung	10
2.4 Verschlüsselung und Signatur.....	10
2.5 Dateiname und Verfahrenskennung.....	11
2.5.1 Dateinamen	11
2.5.2 Dateinamen von Fehlermeldungen bei Fehlern bei der Entschlüsselung oder Signaturprüfung	11
2.6 Ermittlung der KIM-Mailadressen	12
2.7 Versionswechsel.....	13
2.8 KIM Dienstkennung	15
3 Testverfahren.....	17
3.1 Gestuftes Verfahren und Zeitrahmen	17
3.2 Teilnehmende Institutionen	18
3.3 Ergebnisse der Tests.....	18
4 Datensatzbeschreibung der Nutzdaten	19
4.1 Struktur der Nachrichtentypen.....	19
4.2 Erläuterung der Datenbeschreibung (Feldliste):.....	22
4.3 Header	23
4.4 Stammdaten des Versicherten	25
4.5 Stammdaten des Zahnarztes	28
4.6 Antragsdaten nach Art der Leistung	30
4.6.1 Beantragung von Leistungen zur Behandlung von Parodontopathien (PAR).....	30
4.6.2 Beantragung von Zahnersatz / Heil- und Kostenplan (ZER)	43
4.6.3 Beantragung von Leistungen bei Kiefergelenkserkrankung (KGL).....	51
4.6.4 Anzeige von Leistungen bei Kieferbruch (KBR).....	54
4.6.5 Beantragung von Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung (KFO).....	57
4.6.5.1 Verwendung der Kennzeichen Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel und der davon abhängigen Datenelemente	70
4.6.6 Anzeige einer Behandlung bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V (PMB)	78
4.6.7 Antrag auf Verlängerung der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)	86
4.7 Mitteilung an die Krankenkasse (MIT).....	92
4.8 Antwortdaten (ANW).....	97

4.8.1	Übermittlung von Antwortnachrichten durch die Krankenkasse	99
4.9	Fehlernachricht (FEH)	102
5	Fehlerverfahren und Änderungen.....	104
5.1	Fehlerverfahren	104
5.1.1	Vorprüfung.....	104
5.1.2	Schema-Validierung und weitere Prüfungen	104
5.1.3	Fachliche Fehler.....	105
5.2	Änderung von Anträgen und Genehmigungen.....	105
5.2.1	Änderungen elektronisch übermittelter Anträge.....	105
Funktionalität	105
Technische Umsetzung	105
Identifizierende Merkmale	106
Allgemeine Verfahrensregeln	107
5.2.2	Wechsel von papiergebundenen Anträgen zu elektronischen Datensätzen	107
5.2.2.1	Altfälle	107
5.2.2.2	Störfälle	108
6	Schlüsselverzeichnis.....	110
6.1	Kennzeichen zum röntgenologischen Knochenabbau (PAR)	110
6.2	Kennzeichen zum interdentalen CAL (PAR)	110
6.3	Art des Behandlungsplans.....	110
6.4	Kennzeichen zum Zahnverlust (PAR)	110
6.5	Kennzeichen Komplexitätsfaktor(PAR)	110
6.6	Kennzeichen Ausmaß/Verteilung (PAR)	111
6.7	Kennzeichen für den Knochenabbauindex (PAR).....	111
6.8	Kennzeichen für die Antwort der Krankenkasse (ANW)	111
6.9	Kennzeichen für die Begründung zur Antwort der Krankenkasse (ANW).....	111
6.10	Kennung des Nachrichtentyps.....	112
6.11	Zahngabe	112
6.12	Befundnummer (ZER)	113
6.13	Gebührennummern BEMA	114
6.14	Kennzeichen des Befundes (ZER)	117
6.15	Kennzeichen der Behandlung (ZER).....	119
6.16	Weitere Angaben (ZER)	120
6.17	Kennzeichen Behandlungsart (KFO).....	120
6.18	Kriterium Schwierigkeit von Behandlungsmaßnahmen 119 (KFO).....	120
6.19	Schwierigkeit von Behandlungsmaßnahmen (KFO)	120
6.20	KZV-Nummer.....	120
6.21	Logische Version	121
6.22	Versichertenart	122

6.23	Besondere Personengruppe.....	122
6.24	Kennzeichen Bemerkungen (ZER).....	122
6.25	Fehlercode (FEH).....	123
6.26	KIG-Einstufung (KFO).....	124
6.27	Verarbeitungskennzeichen.....	125
6.28	Kennzeichen der Anamnese des Versicherten (KFO).....	125
6.29	Kennzeichen der Diagnose des Versicherten (KFO).....	125
6.30	Kennzeichen der Bisslage (Diagnose) des Versicherten (KFO).....	126
6.31	Kennzeichen der Therapie des Versicherten (KFO).....	127
6.32	Kennzeichen der Bisslage (Therapie) des Versicherten (KFO).....	128
6.33	Kennzeichen der verwendeten Geräte (KFO).....	128
6.34	Art der Mitteilung (KFO/ZER/PAR).....	129
6.35	Grund unplanmäßiger Verlauf (KFO).....	129
6.36	Grund Behandlungsabbruch (KFO).....	129
6.37	Kriterium Schwierigkeit von Behandlungsmaßnahmen 120 (KFO).....	129
6.38	Zuschusshöhe (ZER).....	130
6.39	Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel (KFO/ZER/PAR/UPT/PMB).....	130
6.40	Kennzeichen Diabetes (PAR).....	130
6.41	Kennzeichen Rauchen (PAR).....	130
6.42	Kennzeichen zum Zahnstatus (PAR).....	130
6.43	Kennzeichen zur Lokalisation (PAR).....	131
6.44	Zahnlockerungsgrad (PAR).....	131
6.45	Furkationsbefall (PAR).....	131
6.46	Begründung Anspruchsberechtigung § 22a SGB V (PAR).....	131
6.47	Bemerkungskennzeichen (PAR).....	132

Historie

Version	Status	Datum	Autor/ Redak- tion	Abschnitt/ Seite	Erläuterung
1.7	abgestimmt	15.05.2023	GKV-SV	6.13	BEMA Nr. 93 entfernt
1.7	abgestimmt	15.05.2023	GKV-SV	4.6.5	Erläuterung zum Vorkommen der Feldgruppe Anamnese geändert. Übermittlung bei Verlängerungsantrag oder Therapieänderung nicht mehr ausgeschlossen, aber weiterhin nicht verpflichtend
1.7	abgestimmt	15.05.2023	GKV-SV	4.6.5.1	Erläuterung zum Behandlerwechsel ergänzt.
1.7	abgestimmt	21.06.2023	GKV-SV	6.25	Fehlercode „01009 - möglicher Virenbefall“ hinzugefügt
1.7	abgestimmt	21.06.2023	GKV-SV	2.6	Nutzung des entryTypes bei der Ermittlung der KIM-Adresse der Krankenkasse im VZD ergänzt
1.7	abgestimmt	21.06.2023	GKV-SV	4.6.1	Redaktionelle Angleichung an XSD; Feld CAL umbenannt in Interdentaler CAL
1.7	abgestimmt	21.06.2023	GKV-SV	4.8	Erläuterungen zum Härtefallkennzeichen und zur Zuschusshöhe 100 % ergänzt; Grafik zu Datensatzstruktur aktualisiert
1.7	abgestimmt	21.06.2023	GKV-SV	6.21	Schlüsselwert logische Version 1.7.0 ergänzt
1.7	abgestimmt	21.06.2023	GKV-SV	2.8 und 4.3	Logische Version aktualisiert
1.7	abgestimmt	06.07.2023	GKV-SV	6.24	Schlüsselwerte „07“ und „08“ gestrichen
1.7	abgestimmt	27.07.2023	GKV-SV	4.6.2	Element „Alter“ umbenannt in „Alter OK“ und Element „Alter UK“ ergänzt. Angabe des Alters eines unbrauchbaren Zahnersatzes getrennt nach OK und UK möglich.
2.0	abgestimmt	13.11.2023	GKV-SV	4.6.1, 4.6.2, 4.6.6, 4.6.7	Datenfeld „Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel“ hinzugefügt Datenfeldgruppen für Behandlerwechsel und Krankenkassenwechsel hinzugefügt Erläuterungen zur Antragsnummer und ursprünglichen Antragsnummer geändert
2.0	abgestimmt	13.11.2023	GKV-SV	4.6.1	Datenfeld „Anzahl UPT“ entfernt

2.0	abgestimmt	13.11.2023	GKV-SV	4.6.1	Inhalt der Datenfelder Anzahl Gebührennummer 4, Anzahl Gebührennummer ATG, Anzahl Gebührennummer MHU und Anzahl Gebührennummer BEVa geändert
2.0	abgestimmt	13.03.2024	GKV-SV	4.6.1	Erläuterung zum Element „Ausstellungsdatum“ ergänzt-
2.0	abgestimmt	13.11.2023	GKV-SV	5.2	Erläuterungen zum Änderungsverfahren und zur Angabe der ursprünglichen Antragsnummer ergänzt
2.0	abgestimmt	13.11.2023	GKV-SV	6.9	Begründungstexte geändert; Hinweis für Krankenkasse auf zusätzlich erforderlich Erläuterung aufgenommen
2.0	abgestimmt	13.11.2023	GKV-SV	6.25	Fehlertexte geändert, Hinweis auf PVS-Hersteller ergänzt
2.0	abgestimmt	10.01.2024	GKV-SV	6.39	Schlüsselwerte „0“ und „6“ ergänzt und Leistungsbereiche ZER und PAR ergänzt
2.0	abgestimmt	13.11.2023	GKV-SV	5.2.2	Abschnitt neu angelegt
2.0	abgestimmt	13.11.2023	GKV-SV	4.6.5	Erläuterung zu den Datenfeldern „Antragsnummer“, „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“, „Behandlungsdauer“, „Material- und Laborkosten“ und „Gesamtkosten“ ergänzt.
2.0	abgestimmt	29.12.2023	GKV-SV	4.6.5	Feldgruppe „Krankenkassenwechsel“ und Datenfeld „Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel“ geändert. Datenfeld „Quartal Behandlungseinstieg“ entfernt. Datenfeld „KIG E3/E4“ hinzugefügt.
2.0	abgestimmt	29.12.2023	GKV-SV	4.6.5	Erläuterung zu Datenfeldgruppe „Verlängerung“ geändert
2.0	abgestimmt	31.01.2024	GKV-SV	4.6.1, 4.6.5 bis 4.6.7	Datenstrukturen aufgeteilt in Teildatensatz A und B Vorkommen der Feldgruppen und einzelner Datenfelder in Abhängigkeit des Kennzeichens Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel neu definiert.
2.0	abgestimmt	31.01.2024	GKV-SV	4.6.5.1	Tabelle geändert
2.0	abgestimmt	31.01.2024	GKV-SV	4.8.1	Erläuterung ergänzt
2.0	abgestimmt	16.02.2024	GKV-SV	6.28 bis 6.32	Neue Schlüsselwerte ergänzt, Schlüsselwerte gelöscht und Schlüsseltexte geändert.
2.0	abgestimmt	13.03.2024	GKV-SV	2.6	Redaktionelle Korrekturen
2.0	abgestimmt	13.03.2024	GKV-SV	2.8 und 4.3	Angepasst an aktuelle logische Version 2.0.0
2.0	abgestimmt	13.03.2024	GKV-SV	4.5	Erläuterung zur Zahnarzt Nummer geändert

2.0	abgestimmt	25.03.2024	GKV-SV	4.6.6	In den Feldgruppen „Leistungen vorherige Krankenkasse“ jeweils das Datenfeld „Erste Leistung UPT“ ergänzt
-----	------------	------------	--------	-------	--

1 Allgemeines

- (1) Diese Technische Anlage zur Vereinbarung über die Einführung eines elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 regelt organisatorische und technische Sachverhalte zur Durchführung der Übermittlung von Antrags- und Genehmigungsinformationen zwischen Zahnärzten und den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung.
- (2) Die Pflege der Technischen Anlage erfolgt durch Austausch/Ergänzung einzelner Seiten oder Abschnitte durch den GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Die Technische Anlage wird in Ihrer aktuellen Fassung durch den GKV-Spitzenverband im Internet veröffentlicht unter www.gkv-daten austausch.de.
- (3) Für das Verfahren ist der Zeichensatz UTF-8 festgelegt. Es sind nur die darstellbaren Zeichen zu verwenden. Ein Byte-Order Mark (BOM) wird nicht gesetzt.
- (4) Das Format der Nutzdaten ist XML. Der GKV-Spitzenverband stellt XML-Schemata zur Verfügung, die für das Verfahren anzuwenden sind. Die XML-Schemata sind Bestandteil dieser Technischen Anlage; die Dokumentation der Schemata erfolgt im Anhang 1.
- (5) Für das Verfahren gelten die XML-Empfehlungen gemäß der Gemeinsamen Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV. Zudem gelten für die Nutzung der Telematik Infrastruktur (TI) die technischen Vorgaben der gematik ([Download über gematik Fachportal](#)); insbesondere wird verwiesen auf:
 1. Implementierungsleitfaden Primärsysteme [gemILF_PS]
 2. Systemspezifisches Konzept Kommunikation Leistungserbringer (KIM) [gemSysL_KOM-LE]
 3. Spezifikation KIM –Clientmodul [gemSpec_CM_KOM-LE]
 4. Spezifikation Konnektor [gemSpec_Kon]
 5. Spezifikation Basis-/KTR-Consumer [gemSpec_Basis_KTR_Consumer]
 6. Spezifikation des Konnektor Signaturproxys [gemSpec_Kon_SigProxy].

2 Durchführung der Datenübermittlung

2.1 Grundsätze

- (1) Bei jeder Übermittlung zwischen Zahnarztpraxis und Krankenkasse wird eine Nutzdatendatei übertragen. Die zu übermittelnden Nutzdaten müssen den im Abschnitt „4. Datensatzbeschreibung“ beschriebenen Inhalten und Strukturen entsprechen. Eine Nutzdatendatei enthält genau einen Antrags-, Mitteilungs- oder einen Antwortdatensatz oder eine Fehlernachricht.
- (2) Die Übertragungsdateien werden nicht komprimiert.
- (3) Der Absender der Daten (Vertragszahnarztpraxis oder Krankenkasse/Datenannahmestelle) hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Die Prüfung muss mindestens der Qualität einer XML-Schemaprüfung nach Abschnitt 5.1.2 entsprechen.
- (4) Der Absender hat für die Möglichkeit der Rekonstruktion der Daten im Falle eines Dateiverlustes auf dem Transportweg oder einer Dateirückweisung Sorge zu tragen.
- (5) Werden bei oder nach der Übermittlung Mängel festgestellt, gilt das Quittierungsverfahren (Abschnitt 2.3) sowie das Fehlerverfahren (Abschnitt 5).

2.2 Datenübertragung

Die Datenübermittlung zwischen Zahnarztpraxis und Krankenkasse/Datenannahmestelle erfolgt ausschließlich per Datenfernübertragung über die TI. Als Übermittlungsart wird das sichere Übermittlungsverfahren KIM verwendet. Grundlage für das KIM-Verfahren sind die Spezifikationen und Konzepte der gematik in der jeweils aktuellen Fassung, insbesondere wird verwiesen auf:

1. Implementierungsleitfaden Primärsysteme [gemILF_PS]
2. Systemspezifisches Konzept Kommunikation Leistungserbringer (KIM) [gemSysL_KOMLE]

Mit einer KIM Nachricht wird immer genau eine Nutzdatendatei als Anhang übermittelt, ansonsten ist der E-Mail-Body leer. Der Anhang wird in einem base64-codierten MIME-Segment übertragen. Das Segment muss die folgenden Metainformationen enthalten:

Content-Type: application/octet-stream
Content-Transfer-Encoding: base64
Content-Disposition: attachment
Content-Description: EBZ

Im Betreff der KIM-Nachricht ist der Dateiname (ohne Dateierweiterung) gemäß Abschnitt 2.5 einzutragen.

2.3 Quittierung

Die technische Quittierung eingegangener Nachrichten erfolgt in Form einer serverseitigen Zustellbestätigung (Delivery Status Notification – DSN). Diese wird durch den Ziel-Mailserver des KIM-Fachdienstes des Empfängers automatisiert erstellt und an den Absender übermittelt, wenn die eingehende KIM Nachricht dies anfordert. Die Zuordnung der Zustellbestätigung zur ursprünglichen Nachricht erfolgt beim Empfänger der Zustellbestätigung (Absender der ursprünglichen Nachricht) über die Message-ID der ursprünglichen Nachricht, welche im Header der Zustellbestätigung im Feld „In-reply-to“ angegeben ist.

Es wird insbesondere verwiesen auf das System spezifische Konzept Kommunikation Leistungserbringer (KIM) [gemSysL_KOMLE], die Spezifikation Fachdienst KOM-LE (KIM) [gemSpec_FD_KOMLE], das S/MIME-Profil Kommunikation Leistungserbringer [gemS-MIME_KOMLE] rund auf die Spezifikation Basis-/KTR-Consumer [gemSpec_Basis_KTR_Consumer] der gematik.

2.4 Verschlüsselung und Signatur

Signatur der zu übermittelnden Dateien

Bei der Übermittlung von Antrags- oder Mitteilungsdaten an die Krankenkasse werden die Daten in der Vertragszahnarztpraxis [fortgeschritten mittels SMC-B/qualifiziert mittels eHBA]¹ 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.

Es wird insbesondere verwiesen auf die Spezifikation Konnektor [gemSpec_Kon, Abschnitt 4.1.8] und den Implementierungsleitfaden Primärsysteme [gemILF_PS, Abschnitt 4.4] sowie die Spezifikation des Konnektor Signaturproxys [gemSpec_Kon_SigProxy].

Bei der Übermittlung von Antwortdaten oder Fehlernachrichten von der Krankenkasse an die Vertragszahnarztpraxis werden diese durch die Krankenkasse elektronisch mittels 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 CMS (CAAdES) enveloping verwendet. Es wird insbesondere verwiesen auf die Spezifikation Basis-/KTR-Consumer [gemSpec_Basis_KTR_Consumer, Abschnitt 6.2].

¹ Qualifizierte elektronische Signatur (QES) mittels eHBA oder fortgeschrittene elektronische Signatur mittels SMC-B. Entscheidung gemäß Vertrag bis 31.12.2020.

Da aus Sicht des Konnektors Binärdaten mit einer QES versehen werden, ist es zwingend erforderlich, dass die Signatur-Prüfung auf den unveränderten Binärdaten, die aus der KIM Nachricht extrahiert wurden, durchgeführt wird. Insbesondere darf keine XML-Verarbeitung der Daten vor der Signaturprüfung durchgeführt werden.

Verschlüsselung der KIM Nachricht

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. Es gelten hierfür die Spezifikationen der gematik. Es wird insbesondere verwiesen auf das Systemspezifische Konzept Kommunikation Leistungserbringer [gemSysL_KOMLE].

2.5 Dateiname und Verfahrenskennung

2.5.1 Dateinamen

Der Dateiname setzt sich aus der Verfahrenskennung und der Antrags- bzw. Mitteilungsnummer zusammen. Die Verfahrenskennung lautet "EBZ".

<Verfahrenskennung>_<Antragsnummer/Mitteilungsnummer>_<Zeitstempel>.xml

Stellen 1-5:

„EEBZ0“ für Echtdaten DA elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren
„TEBZ0“ für Testdaten DA elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren

Stelle 6:

”_“

Stellen 7-36:

Antragsnummer oder Mitteilungsnummer, wie in den Nutzdaten angegeben

Stelle 37:

”_“

Stellen 38-51

Zeitstempel Format JJJJMMDDhhmmss

Beispiel

EEBZ0_0301234562104ZE123456789123456_20220702155152.xml

Nach der Signatur liegt die Datei im PKCS#7-Format vor und erhält im Dateinamen die Endung „.p7s“, mit der sie via KIM versendet wird.

2.5.2 Dateinamen von Fehlernachrichten bei Fehlern bei der Entschlüsselung oder Signaturprüfung

Der Dateiname lautet abweichend zu Abschnitt 2.5.1 für Fehlernachrichten bei Entschlüsselungs- oder Signaturfehlern wie folgt:

<Verfahrenskennung>_<Nachrichtentyp>_<Zeitstempel>.xml

Stellen 1-5:

„EEBZ0“ für Echtdaten DA elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren

„TEBZ0“ für Testdaten DA elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren

Stelle 6:

”_“

Stellen 7-9:

„FEH“ für Fehlernachricht

Stelle 10:

”_“

Stellen 11-24

Zeitstempel Format JJJJMMDDhhmmss

Beispiel

EEBZ0_FEH_20210430162348.xml

Nach der Signatur liegt die Datei im PKCS#7-Format vor und erhält im Dateinamen die Endung „.p7s“, mit der sie via KIM versendet wird.

2.6 Ermittlung der KIM-Mailadressen

Die Ermittlung der KIM-Mailadresse des Empfängers erfolgt durch den Absender anhand der Abrechnungsnummer der Zahnarztpraxis bzw. des Haupt-IK der Krankenkasse (IK im XML-Element ./Versicherungsschutz/Kostentraeger/Kostentraegerkennung des VSD-Schemas 5.2.0 von der eGK) und unter Nutzung des Verzeichnisdienstes der TI. Die Werte sind jeweils im Feld domainID abgelegt. Bei der Ermittlung der KIM-Mailadresse der Krankenkasse im Verzeichnisdienst wird zusätzlich das Attribut entryType =“5“ verwendet. Der Eintrag der Abrechnungsnummer einer Zahnarztpraxis hat im Verzeichnisdienst der TI einheitlich folgendes Format:

KZV<KZV-Nummer>_<Abrechnungsnummer>

Stelle 1-3: „KZV“

Stelle 4-5: KZV-Nummer, zweistellig

Stelle 6: ”_“

Stelle 7-12: Abrechnungsnummer der Zahnarztpraxis, sechsstellig (ggf. linksbündig mit nullen aufgefüllt)

Beispiel: „KZV02_012345“

Im Falle einer Reaktion der Krankenkasse auf einen zugesendeten Datensatz gemäß den nachfolgenden Kapiteln ermitteln die Krankenkassen die KIM-Mailadresse der Zahnarztpraxis nach folgendem Vorgehen:

- 1.) Nutzung der Angaben aus dem KIM-Header-Feldern der eingegangenen Nachricht:
 - a. Ist das KIM-Header-Feld „Reply-To“ gefüllt, sendet die Krankenkasse die Antwort- oder Fehlernachricht an diese KIM-Mailadresse.
Der „Reply-To“-Eintrag kann vom „From“-Eintrag im KIM-Header abweichen. Die Zahnarztpraxis kann dies nutzen, wenn die Rückmeldung der Krankenkasse an eine andere KIM-Mailadresse als die unmittelbare Absenderadresse der Zahnarztpraxis übermittelt werden soll.
 - b. Ist das KIM-Header-Feld „Reply-To“ nicht gefüllt, sendet die Krankenkasse die Antwort- oder Fehlernachricht an die im KIM-Header-Feld „From“ eingetragene KIM-Mailadresse
- 2.) Ist der Versand der Antwort- oder Fehlernachrichten an die Adresse gemäß 1.) nicht erfolgreich, ermittelt die Krankenkasse die KIM-Adresse des Zahnarztes aus dem Verzeichnisdienst der TI (VZD) gemäß der o. a. Vorgaben.

Im Falle einer Fehlernachricht als Reaktion auf einen Signatur- oder Entschlüsselungsfehler bei der empfangenen Nachricht entfällt Schritt 2.

Es wird hierzu verwiesen auf die Spezifikation des Verzeichnisdienstes der gematik [gemSpec_VZD] sowie bzgl. der Attributs-Zuordnungen des Verzeichnisdienstes auf den Implementierungsleitfaden zur Pflege des Verzeichnisdienstes [gemILF_Pflege_VZD].

2.7 Versionswechsel

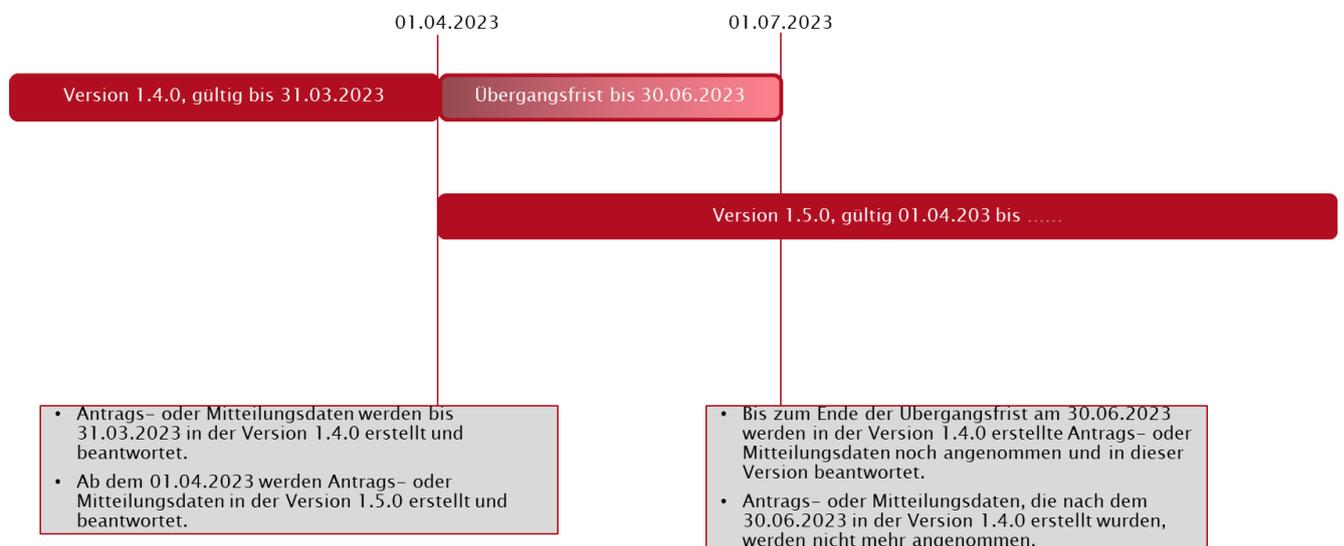
Datensätze sind grundsätzlich in der aktuellsten gültigen logischen Version zu erstellen. Dies gilt insbesondere für Antrags- und Mitteilungsdaten. Die unmittelbare erste Antwort auf einen Antrags- oder Mitteilungsdatensatz erfolgt immer in derselben logischen Version wie der Datensatz, auf den sie sich bezieht. Dies gilt auch, wenn zum Zeitpunkt der Erstellung der Antwortnachricht bereits eine neuere logische Version gültig ist. Ein Wechsel der logischen Version zwischen zwei Antragsnachrichten innerhalb eines Behandlungsfalles ist möglich. Beispielsweise könnte zu einem KFO-Behandlungsfall ein Antragsdatensatz (Erstantrag) mit der Version 1.0.0 und später ein Verlängerungsantrag mit der logischen Version 1.3.0 übermittelt werden.

Erfolgt eine Änderung der Antwort durch die Krankenkasse (d. h. es wird auf denselben Datensatz erneut geantwortet) so wird dieser Antwortdatensatz ebenfalls grundsätzlich (Ausnahme: Übergangsfrist) in der zum Zeitpunkt der Erstellung aktuellsten gültigen Version erstellt.

Übergangsfrist

Bei einem Versionswechsel gilt für die Übermittlung von Antrags- und Mitteilungsdaten eine Übergangsfrist bis zum Ende des Quartals, in dem die neue Version in Kraft getreten ist (Beispiel: Tritt die neue logische Version zum 01.07.2022 in Kraft, endet die Übergangsfrist am 30.09.2022). Innerhalb der Übergangsfrist können Antrags- und Mitteilungsdaten noch in der vor dem Versionswechsel gültigen logischen Version an die Krankenkasse übermittelt werden. Die Krankenkassen beantworten auch solche Nachrichten in der Version, in der sie übermittelt wurden. Dies gilt auch für Änderungen von Antworten durch die Krankenkasse. Das PVS muss sicherstellen, dass nach dem Update des PVS auf die aktuellste Version während der Übergangsfrist die Antwort- und Fehlernachrichten auch in der zuvor gültigen Version verarbeitet werden können. Die Übergangsfrist dient allein dem Zweck, Zahnarztpraxen, die ihr Praxisverwaltungssystem nicht rechtzeitig zum Stichtag des Versionswechsels umstellen konnten, weiterhin die Übermittlung von Datensätzen an die Krankenkassen zu ermöglichen. Die Regelung berührt daher nicht die Obliegenheiten der PVS-Hersteller, die aktuellen Software-Versionen den Zahnarztpraxen rechtzeitig zum Stichtag bereitzustellen oder die Obliegenheiten der Zahnarztpraxen, die aktuellen Softwareversionen rechtzeitig zu installieren. Sofern mit einer neuen logischen Version auch neue Inhalte von Datensätzen wegen geänderter oder neuer kollektivvertraglicher Regelungen umgesetzt werden, kann dies dazu führen, dass Anträge oder Mitteilungen, die im Rahmen der Übergangsfrist noch nach der Vorversion übermittelt wurden, von der Krankenkasse aus diesem Grunde abgelehnt werden müssen. Entscheidend hierfür ist das Ausstellungsdatum des Behandlungsplans bzw. der Mitteilung.

Erhält eine Zahnarztpraxis eine Antwortnachricht in einer neueren Version als im PVS installiert ist, muss das PVS den Zahnarzt darauf hinweisen, dass dringend ein Update notwendig ist.



2.8 KIM Dienstkennung

Die Möglichkeit zur Angabe der KIM-Dienstkennung wird bei Nachrichten innerhalb dieses Datenaustauschverfahrens genutzt. Bei Erstellung einer KIM-nachricht wird durch den Absender in Abhängigkeit vom Nachrichtentyp der entsprechende Eintrag im Nachrichtenheader gesetzt. Die zu verwendende Dienstkennung ist dem Verzeichnis der gematik (<https://fachportal.gematik.de/service/dienstkennung-kim-kom-le/>) zu entnehmen.

Anwendung	Verantwortlich	Anwendungsbeschreibung	Dienstkennung	Kurzbeschreibung
EBZ	GKV-Spitzenverband	Elektronische Beantragung und Genehmigung zahnärztlicher Leistungen	EBZ;PAR;2.0.0	Antragsdatensatz Behandlung von Parodontopathien Verwendung: Vertragszahnärzte, Krankenkassen
			EBZ;ZER; 2.0.0	Antragsdatensatz Zahnersatz Verwendung: Vertragszahnärzte, Krankenkassen
			EBZ;KGL; 2.0.0	Antragsdatensatz Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen Verwendung: Vertragszahnärzte, Krankenkassen
			EBZ;KBR; 2.0.0	Antragsdatensatz Behandlung von Kieferbruch Verwendung: Vertragszahnärzte, Krankenkassen
			EBZ;KFO; 2.0.0	Antragsdatensatz Kieferorthopädische Behandlung Verwendung: Vertragszahnärzte, Krankenkassen
			EBZ;ANW; 2.0.0	Antwortdatensatz der Krankenkasse Verwendung: Vertragszahnärzte, Krankenkassen
			EBZ;FEH; 2.0.0	Fehlernachricht Verwendung: Vertragszahnärzte, Krankenkassen

An- wen- dung	Verant- wortlich	Anwendungs- beschreibung	Dienstkennung	Kurzbeschreibung
			EBZ;MIT; 2.0.0	Mitteilungsdatensatz Verwendung: Vertragszahnärzte, Kran- kenkassen
			EBZ;PMB; 2.0.0	Antragsdatensatz von Be- handlung bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V Verwendung: Vertragszahnärzte, Kran- kenkassen
			EBZ;UPT; 2.0.0	Antragsdatensatz Verlänge- rung der unterstützenden Parodontitistherapie Verwendung: Vertragszahnärzte, Kran- kenkassen

3 Testverfahren

Bevor der produktive Datenaustausch zwischen einer Vertragszahnarztpraxis und der Krankenkasse bzw. deren Datenannahmestelle beginnt, wird ein Testverfahren zwischen den Teilnehmern durchgeführt.

3.1 Gestuftes Verfahren und Zeitrahmen

Die Tests werden als gestuftes Verfahren nach folgendem Zeitrahmen durchgeführt. Die Testergebnisse werden dokumentiert.



1. Stufe - Testphase

In der sechsmonatigen Testphase finden direkte Tests zwischen PVS-Herstellern und Krankenkassen (inkl. Datenannahmestellen) ohne Beteiligung von Zahnarztpraxen statt. Dabei werden Strukturtests für alle Nachrichtentypen durchgeführt. Diese dienen der Prüfung, ob durch das System des Absenders valide Nutzdatendateien gemäß der Datensatzbeschreibung erstellt werden. Dies schließt die korrekte Verwendung von Schlüsseln und elementübergreifende logische Prüfungen ein. Zudem finden Tests in den Fachverfahren des jeweiligen Empfängers der Nachricht statt. Dadurch wird die Verarbeitung der Daten in den Fachverfahren des Empfängers geprüft.

2. Stufe - Pilotphase

In der sechsmonatigen Pilotphase finden Tests zwischen ausgewählten Zahnarztpraxen und Krankenkassen (inkl. Datenannahmestellen) statt. Zu diesem Zweck erfolgt der erste Austausch von Echtdateien unter Nutzung von KIM. Dadurch wird die direkte Anbindung zwischen Zahnarztpraxen und Krankenkassen mittels KIM sowie die Erstellung und Verarbeitung von Nachrichten bei den Absendern und Empfängern unter Praxisbedingungen getestet.

3. Stufe Rollout

Während der Rolloutphase wird das EBZ schrittweise auf die Zahnarztpraxen, die noch nicht an der Pilotierung teilgenommen haben, ausgeweitet.

4. Stufe - Einführungsphase

In der 12monatigen Einführungsphase findet der Echtbetrieb zwischen allen Zahnarztpraxen und Krankenkassen statt. Zahnärzte können gemäß § 17 der Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 in Ausnahmefällen innerhalb der Einführungsphase auch auf das Papierverfahren zurückgreifen. Wenn eine elektronische Beantragung erfolgt ist, ist ein zusätzliches Papierverfahren in gleicher Sache (Parallelverfahren) ausgeschlossen.

3.2 Teilnehmende Institutionen

Ziel ist es, dass alle auf dem Markt befindlichen PVS-Produkte und Systeme der Krankenkassen einbezogen werden. Die Auswahl der Zahnarztpraxen erfolgt durch die PVS-Hersteller. Diese teilen dem GKV-Spitzenverband die teilnehmenden Zahnarztpraxen mit. Der GKV-Spitzenverband erstellt eine Liste der teilnehmenden Krankenkassen bzw. Datenannahmestellen, PVS-Hersteller und Zahnarztpraxen. Diese wird den Beteiligten zur Verfügung gestellt.

3.3 Ergebnisse der Tests

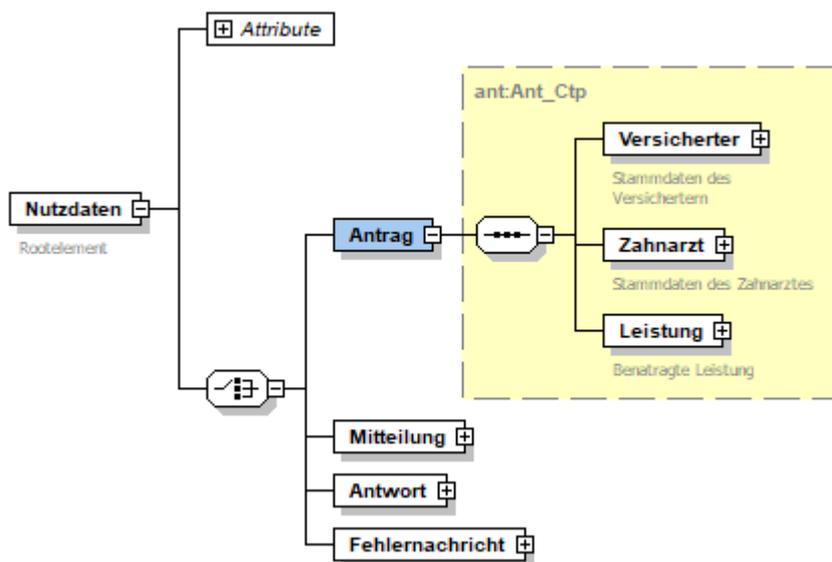
Die Ergebnisse der Test- und Pilotphase werden festgehalten und in einer gemeinsamen AG Testphase kommuniziert, ausgewertet und ggf. notwendige Maßnahmen (z. B. Korrekturen an der Technischen Anlage oder Anpassung des Zeitrahmens) mit der Verhandlungskommission abgestimmt.

4 Datensatzbeschreibung der Nutzdaten

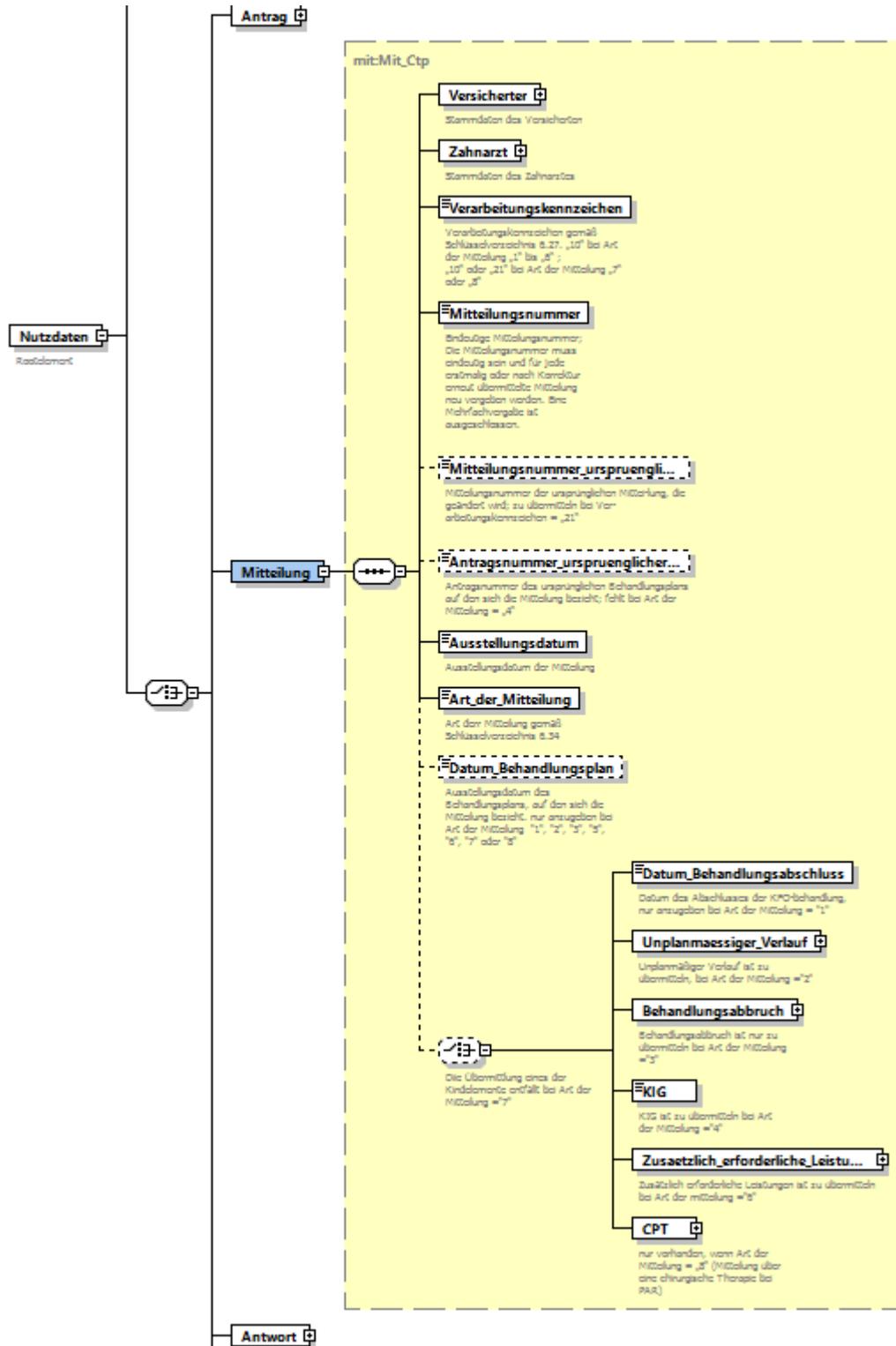
4.1 Struktur der Nachrichtentypen

Antrags- und Mitteilungsnachrichten beinhalten immer den Header, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Antragsdaten/Mitteilungsdaten in Abhängigkeit von der beantragten Leistung bzw. von der Art der Mitteilung.

Antragsnachricht

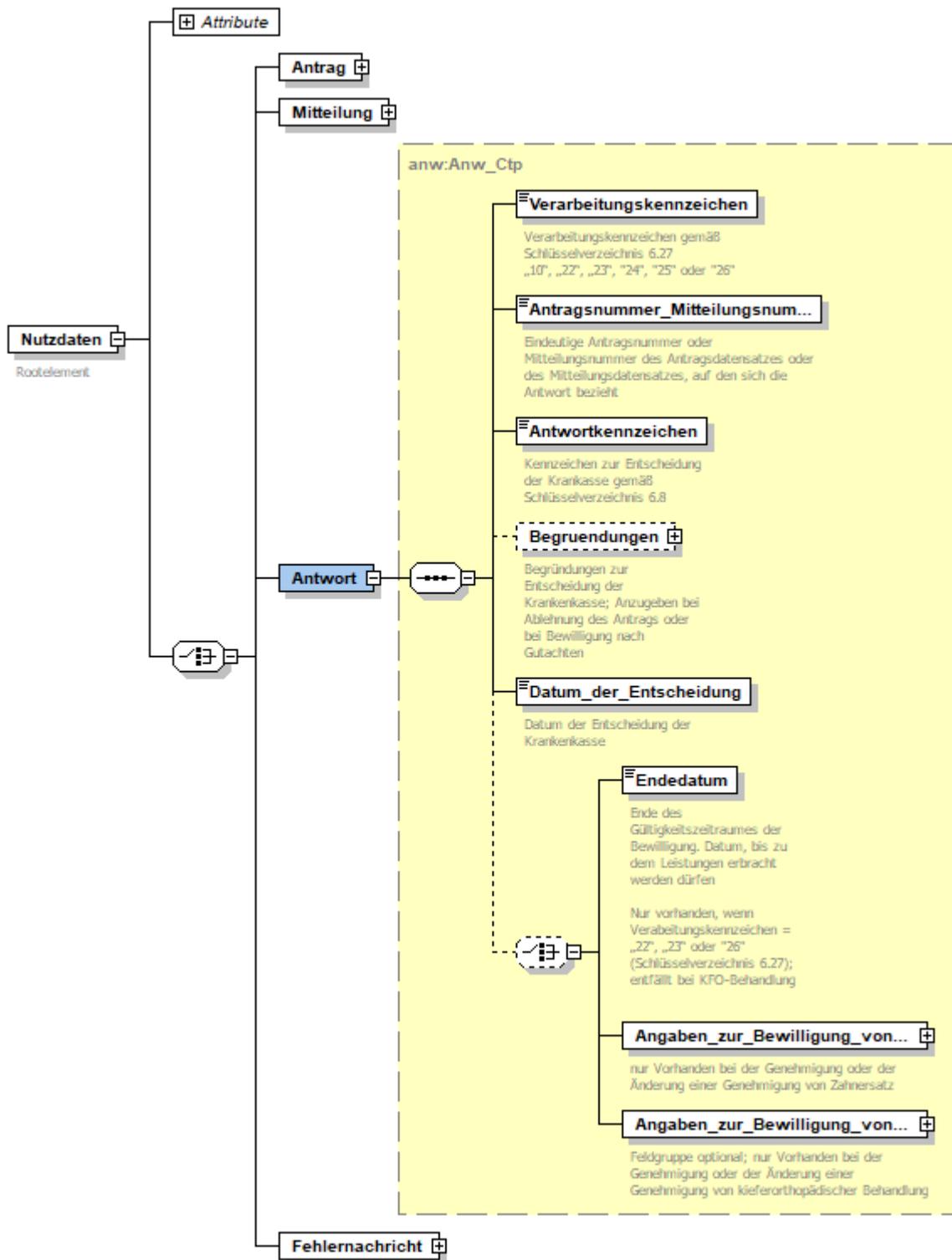


Mitteilungsnachricht

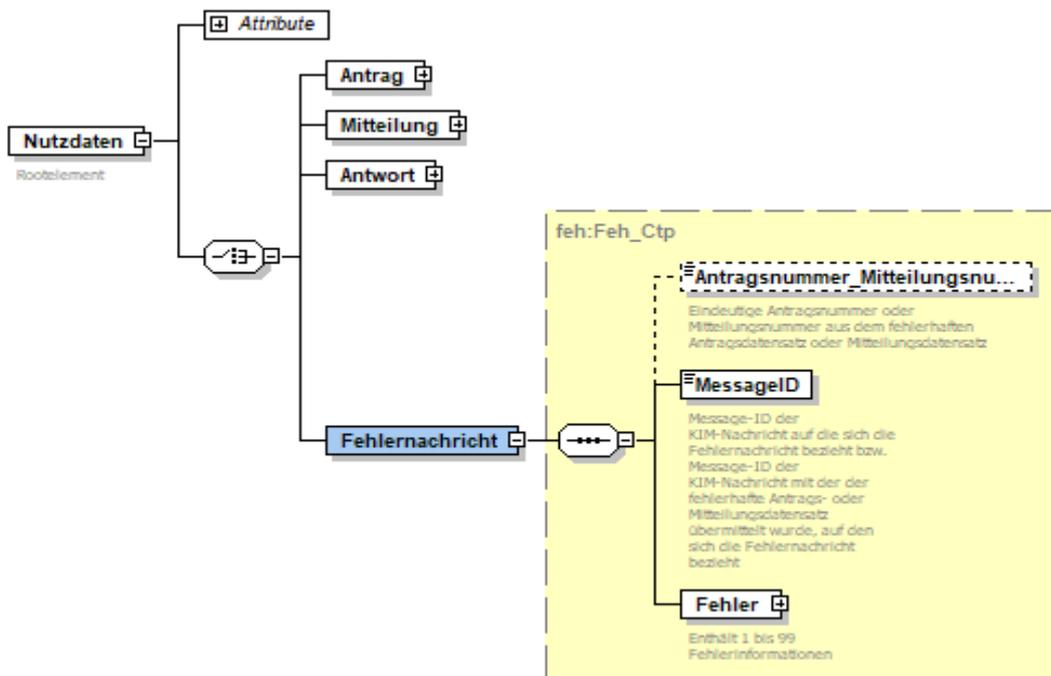


Antwort- und Fehlernachrichten beinhalten den Header und die Antwort- bzw. Fehlerdaten.

Antwortnachricht



Fehlernachricht



4.2 Erläuterung der Datenbeschreibung (Feldliste):

- (1) Anzahl Stellen (Anz. Stell.): Wenn eine Zahl angegeben wird (z. B. 5), dann handelt es sich um eine fixe Stellenanzahl für das Datenfeld. Sofern eine Zahl nach zwei vorangestellten Punkten angegeben wird (z. B. ..35), handelt es sich um die höchstmögliche Stellenbelegung für das Datenfeld.
- (2) Feld-Typ:
an = alphanumerischer Inhalt
n = numerischer Inhalt
- (3) Feld-Art:
M = Muss-Feld
Muss-Felder sind in den zu liefernden Datensätzen immer zu füllen.

K = Kann-Feld
Kann-Felder sind in den Datensätzen unter bestimmten Bedingungen zu füllen. Die Bedingungen sind in der Erläuterung zum Datenfeld beschrieben. Sofern die Bedingung für ein Kann-Feld erfüllt wird, ist es wie ein Muss-Feld zwingend zu füllen. Falls für ein Kann-Feld keine Bedingung formuliert ist, ist es in der Regel zu füllen, wenn die dafür benötigte Information dem Absender der Nachricht vorliegt.
- (4) Die Anzahl der Stellen wird unter „Anz. Stell.“ angegeben. Das Dezimalzeichen ist als eigene Stelle innerhalb eines numerischen Inhalts in Form eines Kommas zu übermitteln. Die Dezimalstellen und das Dezimalzeichen werden bei der Ermittlung der maximalen Länge eines Datenelementwertes mitgezählt.

4.3 Header

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
IK Krankenkasse	9	n	M	1	Haupt-IK der Krankenkasse des Versicherten (IK im XML-Element ./Versicherungsschutz/Kostentraeger/Kostentraegerkennung des VSD-Schemas 5.2.0 auf der eGK)	z. B. „101234567“
Erstellungsdatum	8	n	M	1	Datum der Erstellung der Nutzdatendatei	Im Format JJJJMMTT
Erstellungszeit	8	an	M	1	Uhrzeit der Erstellung der Nutzdatendatei	Im Format HH:MM:SS
Verfahrenskennzeichen	5	an	M	1	Verfahrenskennzeichen	„TEBZ0“ für Testdaten oder „EEBZ0“ für Echtdaten
Logische Version	5..11	an	M	1	Logische Version gemäß Schlüsselverzeichnis 6.21	derzeit „2.0.0“
Nachrichtentyp	3	an	M	1	Kennung des Nachrichtentyps gemäß Schlüsselverzeichnis 6.10	
Aktenzeichen Softwarehersteller	3	an	K	0-1	Kennung des PVS-Herstellers von der KZBV; kann fehlen bei Antwort- und Fehler- nachrichten	
Software-Name und Version	1..600	an	K	0-1	Software-Name und -version	

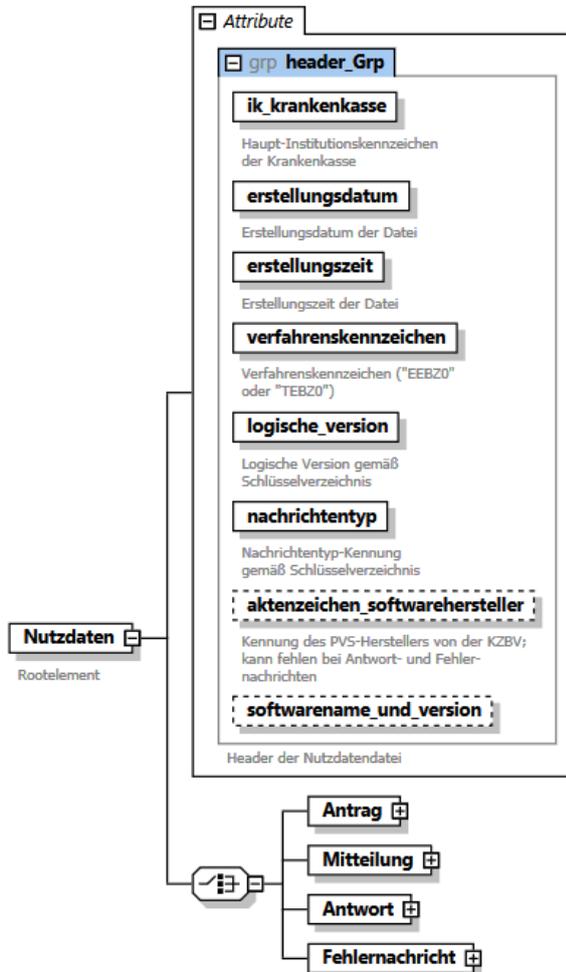
Bei dem im Header anzugebenden Absender und Empfänger von Antrags- oder Antwortdaten handelt es sich immer entweder um einen Vertragszahnarzt oder um eine Krankenkasse. Welche Stelle Absender bzw. Empfänger einer Datei ist, ergibt sich aus dem Nachrichtentyp. Bei Nachrichtentyp „ANW“ oder „FEH“ ist die Krankenkasse Absender, bei allen anderen Nachrichtentypen ist sie Empfänger der Datei.

Die Schnittstellendefinition zu diesem Verfahren besteht aus der Technischen Anlage und den XML-Schemata, wobei zu einem Zeitpunkt immer eine bestimmte Version der Technischen Anlage in Kombination mit den XML-Schemata in jeweils einer bestimmten Version gültig ist. Da sich die Version der Technischen Anlage und der XML-Schemata unterschiedlich entwickeln können (z. B. Änderungen an der Technischen Anlage, die keine Änderung der Schemata erfordern oder umgekehrt), ist im Betrieb die Angabe der TA-Version nicht ausreichend. Stattdessen muss die zuvor beschriebene, gültige Kombination aus Technischer Anlage und XML-Schemata benannt werden. Diese Kombination wird durch die Logische Version repräsentiert.

Beispiel:

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1.2.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente:

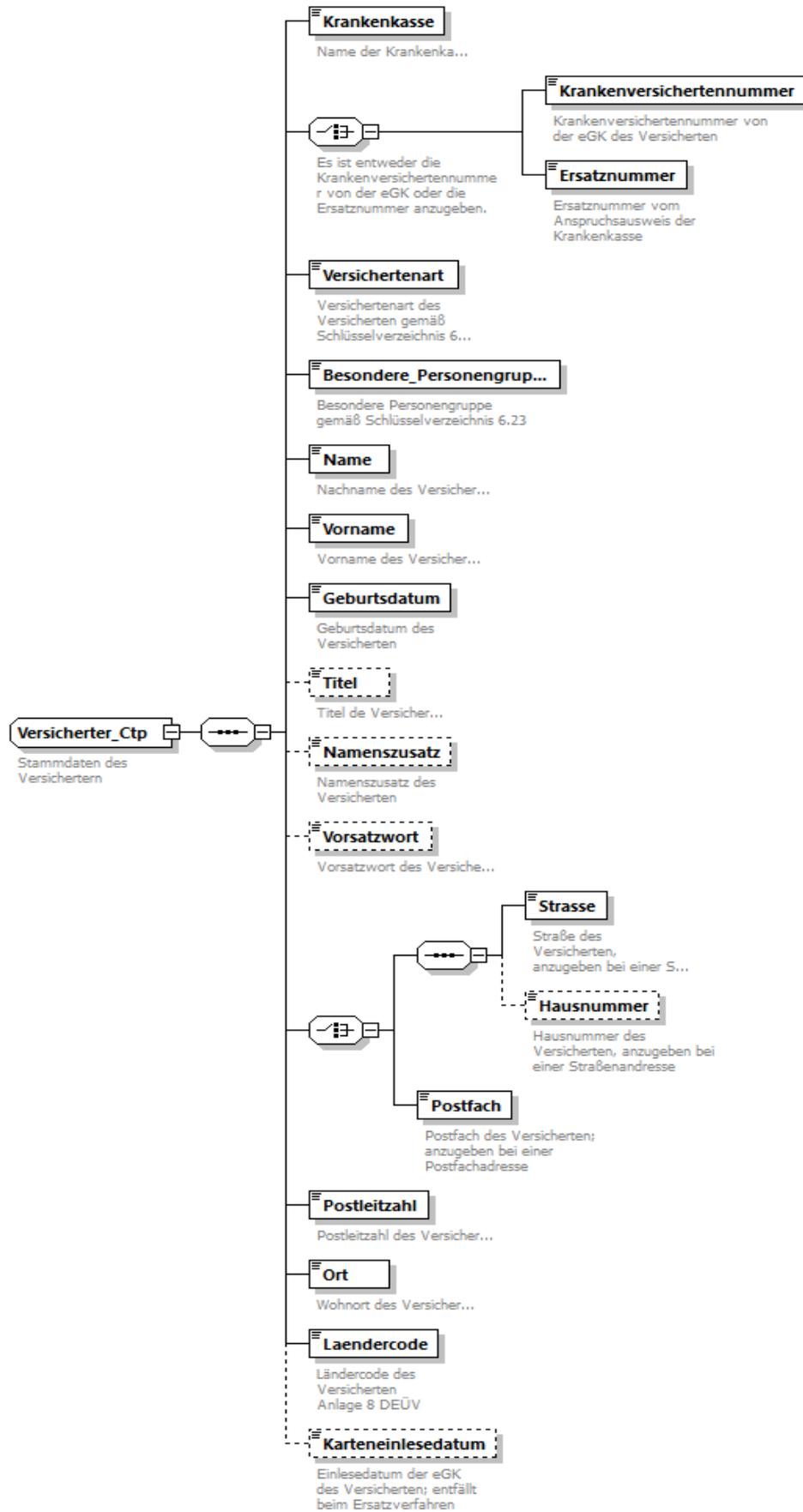
Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
	Technische Anlage Version 1.2 anzuwenden ab 01.04.2021, XML-Schemata: EEBZ0-ANT_1.1.0.xsd, EEBZ0-ANW_1.1.0.xsd, EEBZ0- basis_1.1.0.xsd, EEBZ0-DAT_1.1.0.xsd, EEBZ0-KBR_1.1.0.xsd, EEBZ0- KFO_1.1.0.xsd, EEBZ0-KGL_1.1.0.xsd, EEBZ0-PAR_1.1.0.xsd, EEBZ0- ZER_1.1.0.xsd, EEBZ0-MIT_1.1.0.xsd und EEBZ0-FEH_1.1.0.xsd



4.4 Stammdaten des Versicherten

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Krankenkasse	1..45	an	M	1	Name der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	10	an	K	0-1	Krankenversicherungsnummer des Versicherten von der eGK Es ist entweder die Krankenversicherungsnummer von der eGK oder die Ersatznummer anzugeben.	z. B. „A000500015“
Ersatznummer	6..12	an	K	0-1	Ersatznummer vom Anspruchsnachweis der Krankenkasse (für die Übergangszeit bis zum Vorliegen einer eGK). Es ist entweder die Krankenversicherungsnummer von der eGK oder die Ersatznummer anzugeben.	
Versichertenart	1	n	M	1	Versichertenart des Versicherten gemäß Schlüsselverzeichnis 6.22	„0“, „1“, „3“ oder „5“
Besondere Personen- gruppe	2	an	M	1	Besondere Personen- gruppe gemäß Schlüsselverzeichnis 6.23	„00“, „04“ oder „06“ – „09“
Name	1..45	an	M	1	Nachname des Versicherten	
Vorname	1..45	an	M	1	Vorname des Versicherten	
Geburtsdatum	8	an	M	1	Geburtsdatum des Versicherten	im Format JJJJMMTT
Titel	1..20	an	K	0-1	Titel des Versicherten	
Namenszusatz	1..20	an	K	0-1	Namenszusatz des Versicherten	
Vorsatzwort	1..20	an	K	0-1	Vorsatzwort des Versicherten	
Straße	1..46	an	K	0-1	Straße des Versicherten	
Hausnummer	1..9	an	K	0-1	Hausnummer des Versicherten	
Postfach	1..8	an	K	0-1	Postfach des Versicherten Es ist entweder eine Straßenanschrift bestehend aus Straße und Hausnummer (wobei die Hausnummer	

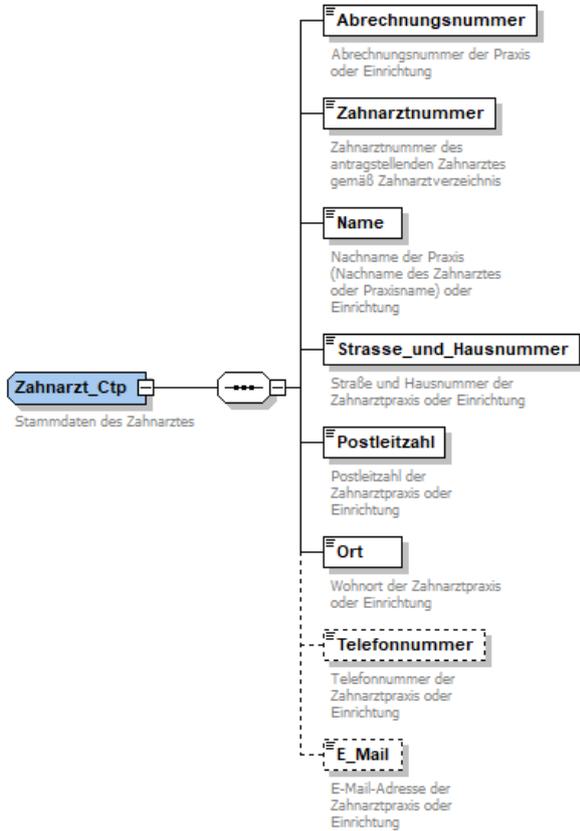
Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
					fehlen darf) oder ein Postfach zu übermitteln	
Postleitzahl	1..10	an	M	1	Postleitzahl des Versicherten	
Ort	1..40	an	M	1	Wohnort des Versicherten	
Ländercode	1-3	an	M	1	Ländercode des Versicherten Anlage 8 DEÜV	
Karteneinlesedatum	8	an	K	0-1	Einlesedatum der eGK des Versicherten; entfällt beim Ersatzverfahren	im Format JJJJMMTT



4.5 Stammdaten des Zahnarztes

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Abrechnungsnummer	9	an	M	1	Abrechnungsnummer der Praxis oder Einrichtung	Stelle 1: „0“ Stelle 2-3: KZV-Nummer gemäß Schlüsselverzeichnis 6.20 Stelle 4-9: Abrechnungsnummer, ggf. linksbündig aufgefüllt mit Nullen z. B. „013000056“
Zahnarztnummer	9	an	M	1	Zahnarztnummer des antragstellenden Vertragszahnarztes aus dem Zahnarztverzeichnis nach § 293 Abs. 4 SGB V Bei Assistenten, die über keine eigene Zahnarztnummer verfügen, wird im Feld für die Zahnarztnummer die Zahnarztnummer des Praxisinhabers eingetragen. Für in ermächtigten Einrichtungen beschäftigte Zahnärzte, die über keine Zahnarztnummer verfügen, wird der Ersatzwert 999999991 eingetragen.	
Name der Praxis	1..45	an	M	1	Name der Praxis (Nachname des Zahnarztes oder Praxisname) oder Einrichtung	
Straße und Hausnummer	1..56	an	M	1	Straße und Hausnummer der Zahnarztpraxis oder Einrichtung	
Postleitzahl	1..10	an	M	1	Postleitzahl der Zahnarztpraxis oder Einrichtung	
Ort	1..40	an	M	1	Ort der Zahnarztpraxis oder Einrichtung	
Telefonnummer	1..20	an	K	0-1	Telefonnummer der Zahnarztpraxis oder Einrichtung	

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
E-Mail	1..100	an	K	0-1	E-Mail-Adresse der Zahnarztpraxis oder Einrichtung	



4.6 Antragsdaten nach Art der Leistung

Die Vergabe von Antrags- oder Mitteilungsnummern erfolgt durch die Zahnarztpraxis. Eine Antrags- bzw. Mitteilungsnummer wird für jeden erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelten Antrag bzw. für jede erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelte Mitteilung neu vergeben.

Die im Verfahren verwendeten Antrags- und Mitteilungsnummern haben einen identischen Aufbau und einen gemeinsamen Nummernvorrat. Die Antrags- und Mitteilungsnummern müssen übergreifend eindeutig sein. Eine Mehrfachvergabe ist ausgeschlossen. Zudem darf eine als Antragsnummer verwendete Nummer nicht nochmals als Mitteilungsnummer vergeben werden.

Der praxisinterne Teil der Antragsnummer soll das Aktenzeichen des PVS-Herstellers enthalten.

Sofern ein Datenfeld mit einem Schlüsselverzeichnis verknüpft ist, dürfen in dem Datenfeld nur Schlüsselwerte aus diesem Verzeichnis übermittelt werden.

4.6.1 Beantragung von Leistungen zur Behandlung von Parodontopathien (PAR)

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Verarbeitungskennzeichen	2	n	M	1	Verarbeitungskennzeichen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.27	„10“ oder „21“
Antragsnummer	30	an	M	1	Eindeutige Antragsnummer; Die Antragsnummer muss eindeutig sein und für jeden erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelten Antrag neu vergeben werden. Eine Mehrfachvergabe ist ausgeschlossen.	Stelle 1-9: Abrechnungsnummer Stelle 10-11: Antragsjahr aus dem Ausstellungsdatum Stelle 12-13: Antragsmonat („01“ bis „12“) aus dem Ausstellungsdatum Stelle 14-15: Leistungsbereich („PA“) Stelle 16-30: praxisinterne Nummer ([0-9a-zA-Z])
Ausstellungsdatum	8	n	M	1	Ausstellungsdatum des Behandlungsplans Bei einem Krankenkassenwechsel wird das Ausstellungsdatum	im Format JJJJMMTT

					tum des ursprünglichen Behandlungsplans angegeben.	
Datum der Befunderhebung	8	n	M	1	Datum Parodontalstatus vom...	Im Format JJJJMMTT
Art des Behandlungsplans	2	an	M	1	Art des Behandlungsplans gemäß Schlüsselverzeichnis 6.3	„01“

- a) Teildatensatz A (PARA), anzuwenden für folgende Fälle nach der Schlüsselliste 6.39:
- kein Krankenkassenwechsel und kein Behandlerwechsel (0),
 - Behandlerwechsel mit Neuplanung (2),
 - Krankenkassenwechsel (3),

Für die Fälle "Behandlerwechsel Planübernahme" (1), "Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Behandlerwechsel mit Planübernahme erfolgt" (6) siehe Teildatensatz B.

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel	1	n	M	1	Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassenwechsels oder Behandlerwechsels gemäß Schlüsselverzeichnis 6.39;	„0“, „2“, „3“
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans; anzugeben bei Verarbeitungskennzeichen „21“	
Anamnese						
			K	0-1	Feldgruppe Fehlt, wenn keine sonstige Anamnese und keine frühere PAR-Therapie bestehen	
Sonstige Anamnese	1..600	an	K	0-1	Freitext; Es sind die sonstigen Angaben zur allgemeinen und parodontitisspezifischen Anamnese des Versicherten anzugeben.	
Spezielle Vorgeschichte	4	n	K	0-1	Es ist das Jahr der früheren PAR-Therapie (ca.-Angabe) anzugeben.	im Format JJJJ
Diagnose						
			M	1	Feldgruppe	

	Parodontitis	1	n	M	1	Angabe, ob eine Parodontitis vorliegt.	„0“= nein, „1“ = ja
	Kennzeichen systemische Erkrankung	1	n	M	1	Parodontitis aufgrund systemischer Erkrankung	„0“= nein, „1“ = ja
	Systemische Erkrankung	1..600	an	K	0-1	Freitext; Angaben zur Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen zwingend anzugeben, wenn Kennzeichen systemische Erkrankung = „1“	
	Andere Zustände	1	n	M	1	Angabe, ob eine generalisierte gingivale Vergrößerung (als anderer das Parodont betreffender Zustand) vorliegt.	„0“= nein, „1“ = ja
	Schweregrad			M	1	Feldgruppe	
	Stadium	1	n	M	1	Stadium	„1“ bis „4“
	Knochenabbau	1	n	K	0-1	Kennzeichen zum röntgenologischen Knochenabbau gemäß Schlüsselverzeichnis 6.1; Es ist entweder das Kennzeichen röntgen. Knochenabbau oder das Kennzeichen interdentaler CAL zu übermitteln.	„1“ bis „3“
	Interdentaler CAL	1	n	K	0-1	Kennzeichen zum interdentalen CAL gemäß Schlüsselverzeichnis 6.2; Es ist entweder das Kennzeichen röntgen. Knochenabbau oder das Kennzeichen interdentaler CAL zu übermitteln.	„1“ bis „3“
	Zahnverlust	1	n	M	1	Kennzeichen zum Zahnverlust gemäß Schlüsselverzeichnis 6.4	„1“ bis „3“
	Komplexitätsfaktor	1	n	K	0-1	Kennzeichen Komplexitätsfaktor gemäß Schlüsselverzeichnis 6.5	„1“ bis „3“
	Ausmaß/Verteilung	1	n	M	1	Kennzeichen für Ausmaß und Verteilung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.6	„1“ bis „3“

	Progression			M	1	Feldgruppe	
	Grad	1	an	M	1	Grad der Progression	„A“, „B“ oder „C“
	Knochenabbauindex	1	n	M	1	Kennzeichen für den Knochenabbauindex gemäß Schlüsselverzeichnis 6.7	„1“ bis „3“
	Diabetes	1	n	M	1	Kennzeichen für den Diabetes gemäß Schlüsselverzeichnis 6.40	„1“ bis „3“
	Rauchen	1	n	M	1	Kennzeichen für das Rauchen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.41	„1“ bis „3“
	Befunde			M	1	Feldgruppe	
	Befund			M	32	Feldgruppe Angaben zum Befund sind für jeden Zahn einzeln anzugeben (Wiederholung als Feldgruppe je Zahn bis zu 32 Mal)	
	Zahnangabe	2	n	M	1	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung und keine Milchzähne), Schlüssel 6.11 Jeder Zahn darf nur einmal übermittelt werden	
	Zahnstatus	1	n	K	0-1	Das Kennzeichen ist zu liefern, wenn fehlender oder nicht erhaltungswürdiger Zahn vorliegt. Ein Lückenschluss oder ein Brückenzwischenglied ist als fehlender Zahn zu kennzeichnen. Weitere Zahnstatus können angegeben werden Schlüsselverzeichnis 6.42	„1“ bis „6“
	Taschen			K	0-1	Feldgruppe; optional darf fehlen bei Kennzeichen Zahnstatus „1“, „2“, „5“ oder „6“	
	Tasche			M	2-6	Feldgruppe Angaben zu Zahnfleischtaschen. Ist für jeden Zahn mindestens zwei Mal, maximal sechs Mal, zu liefern. Zu jeder Tasche ist die Sondiertiefe, die	

									Lokalisation und die Blutung anzugeben	
			Sondier- tiefe	1..3	n	M	1		Sondiertiefe der Zahn- fleischtaschen in zehntel- mm; Angabe in 10 zehntel-mm-Schritten	„0“ bis „200“
			Lokalisa- tion	1	n	M	1		Kennzeichen zur Loka- lisation gemäß Schlüs- selverzeichnis 6.43	„1“ bis „6“
			Blutung	1	n	M	1		Kennzeichen für das Vorliegen einer Blu- tung an der Sondier- stelle	„0“ = nein, „1“ = ja
			Lockerungsgrad	1	n	K	0-1		Lockerungsgrad des Zahns gemäß Schlüs- selverzeichnis 6.44; Keine Angabe zulässig bei Kennzeichen Zahnstatus „1“, „2“, „5“ oder „6“	„0“ bis „3“
			Furkationsbefall	1	n	K	0-1		Grad des Furkations- befalls des Zahns ge- mäß Schlüsselver- zeichnis 6.45 Gilt nur für die Zähne 18, 17, 16, 14, 24, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 46, 47, 48; Keine Angabe zulässig bei Kennzeichen Zahnstatus „1“, „2“, „5“ oder „6“	„0“ bis „3“
			AIT	1	n	M	1		Kennzeichen, dass an dem Zahn eine AIT durchgeführt wird	„0“ = nein; „1“ = ja
			Bemerkungen			K	0-1		Feldgruppe, optional	
			Bemerkung			M	1-4		Feldgruppe; wiederhol- bar	
			Bemerkungs- kennzeichen	2	an	M	1		Bemerkungskennzei- chen gemäß Schlüs- selverzeichnis 6.47; Jeder Schlüsselwert darf nur einmal über- mittelt werden	„01“, „02“, „03“ o- der „99“
			Zahnangaben			K	0-1		Feldgruppe; optional anzugeben, wenn Be- merkungskennzeichen = „01“ und „03“ (siehe Schlüsselverzeichnis 6.47)	
			Zahnangabe	2	n	M	1-32		Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
			Zusätzliche Bemerkung	1..600	an	K	0-1		Zusätzliche Bemerkun- gen; Freitext ausschließlich anzuge-	

							ben bei Bemerkungs- kennzeichen = „99“ und „02“	
	Geplante Leistungen				M	1	Feldgruppe;	
	Anzahl Gebühren- nummer 4	1	n	M	1		Geplante Anzahl zur Gebührennummer 4	„1“
	Anzahl Gebühren- nummer ATG	1	n	M	1		Geplante Anzahl zur Gebührennummer ATG	„1“
	Anzahl Gebühren- nummer MHU	1	n	M	1		Geplante Anzahl zur Gebührennummer MHU	„1“
	Anzahl Gebühren- nummer AITa	1..2	n	M	1		Geplante Anzahl zur Gebührennummer AITa	„0“ bis „99“
	Anzahl Gebühren- nummer AITb	1..2	n	M	1		Geplante Anzahl zur Gebührennummer AITb	„0“ bis „99“
	Anzahl Gebühren- nummer BEVa	1	n	M	1		Geplante Anzahl zur Gebührennummer BEVa	„1“
	Krankenkassenwech- sel				K	0-1	Feldgruppe, optional Ausschließlich zu übermitteln bei Kran- kenkassenwechsel (Krankenkassenwech- sel/Behandlerwechsel = „3“).	
	Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse	30	an	K	0-1		Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behand- lungsplans Darf nur fehlen, wenn die Behandlung von der vorherigen Kran- kenkasse ursprünglich im Papierverfahren ge- nehmigt wurde (Altfall).	
	IK vorherige Kran- kenkasse	9	an	M	1		IK der vorherigen Krankenkasse (Haupt- IK, wenn bekannt, sonst Abrechnungs- IK)	
	Leistungen vor- herige Kranken- kasse			M	1		Feldgruppe Enthält die Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abge- rechnet werden.	
	Anzahl Ge- bührennum- mer 4	1	n	M	1		Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer 4	„1“
	Anzahl Ge- bührennum- mer ATG	1	n	M	1		Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer ATG	„0“ bis „1“

			Anzahl Ge- bührennum- mer MHU	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer MHU	„0“ bis „1“
			Anzahl Ge- bührennum- mer AITa	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITa	„0“ bis „99“
			Anzahl Ge- bührennum- mer AITb	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITb	„0“ bis „99“
			Anzahl Ge- bührennum- mer BEVa	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer BEVa	„0“ bis „1“
			Zuletzt er- brachte UPT	1	n	M	1	Nummer der zuletzt er- brachten UPT (nicht UPT-Leistung) in der Abfolge der erbrachten UPT	„0“ sofern noch keine UPT er- bracht wurde

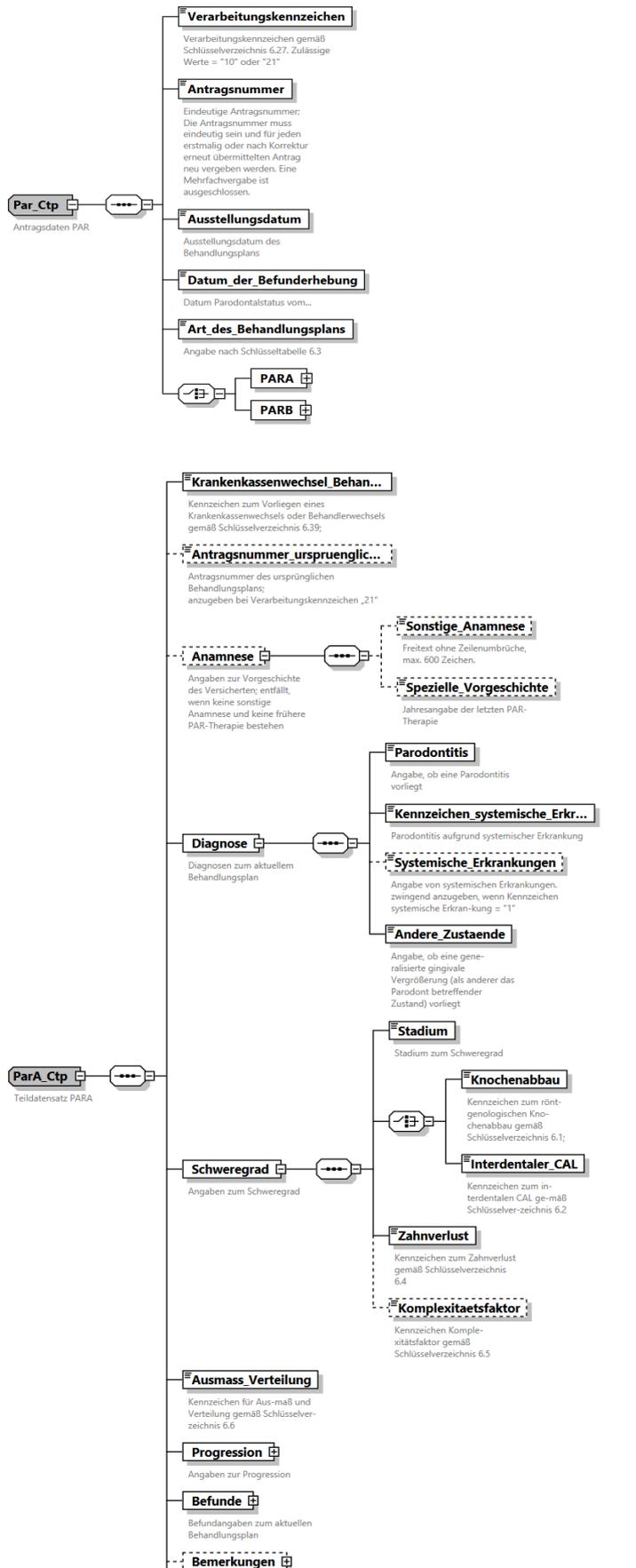
- b) Teildatensatz B (PARB), anzuwenden für folgende Fälle nach der Schlüsselliste 6.39:
- Behandlerwechsel mit Planübernahme (1),
 - Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Behandlerwechsel mit Planübernahme erfolgt (6)

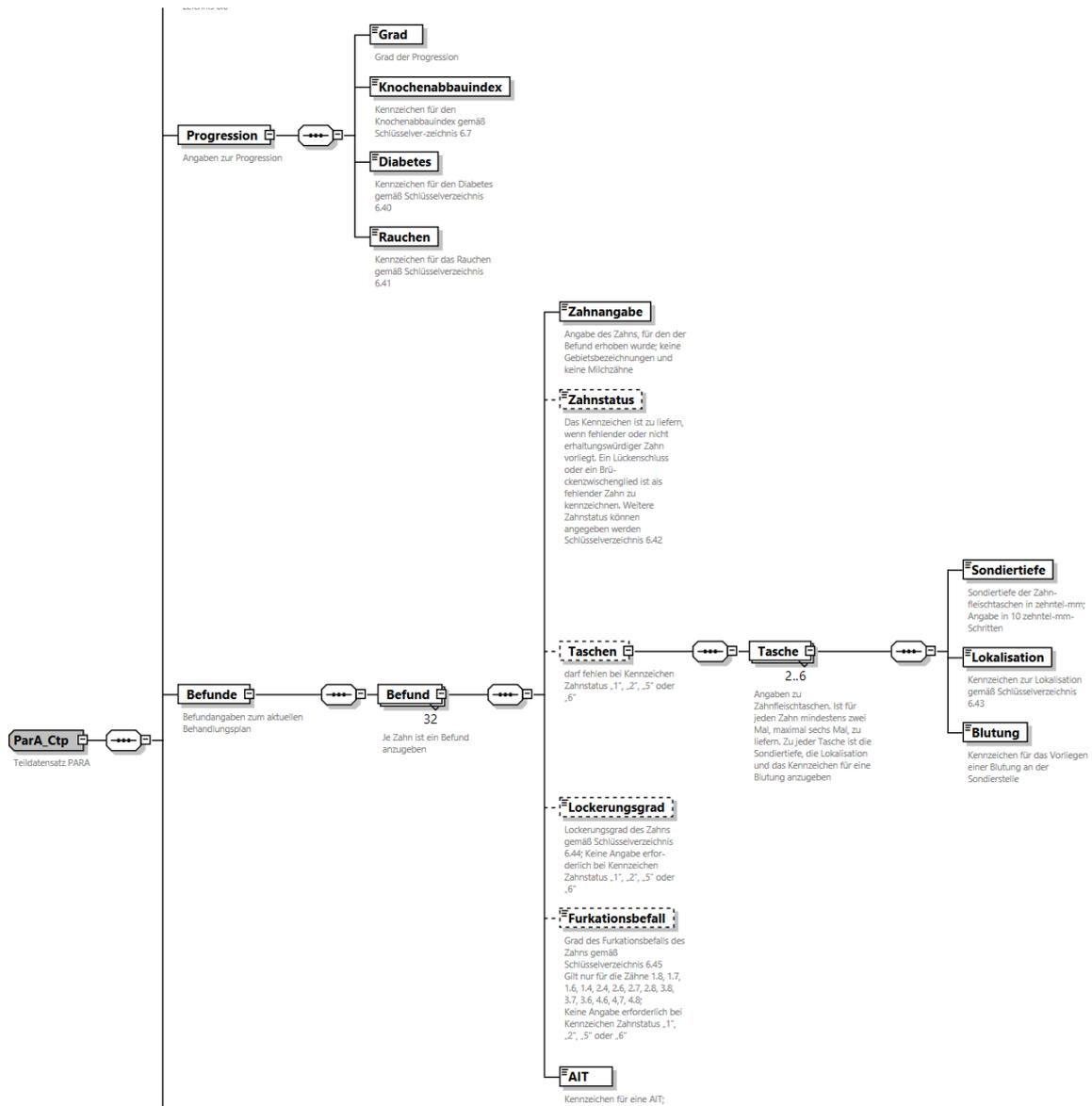
Für die Fälle "kein Krankenkassenwechsel und kein Behandlerwechsel" (0), "Behandlerwechsel mit Neuplanung" (2) und "Krankenkassenwechsel" (3) siehe Teildatensatz A.

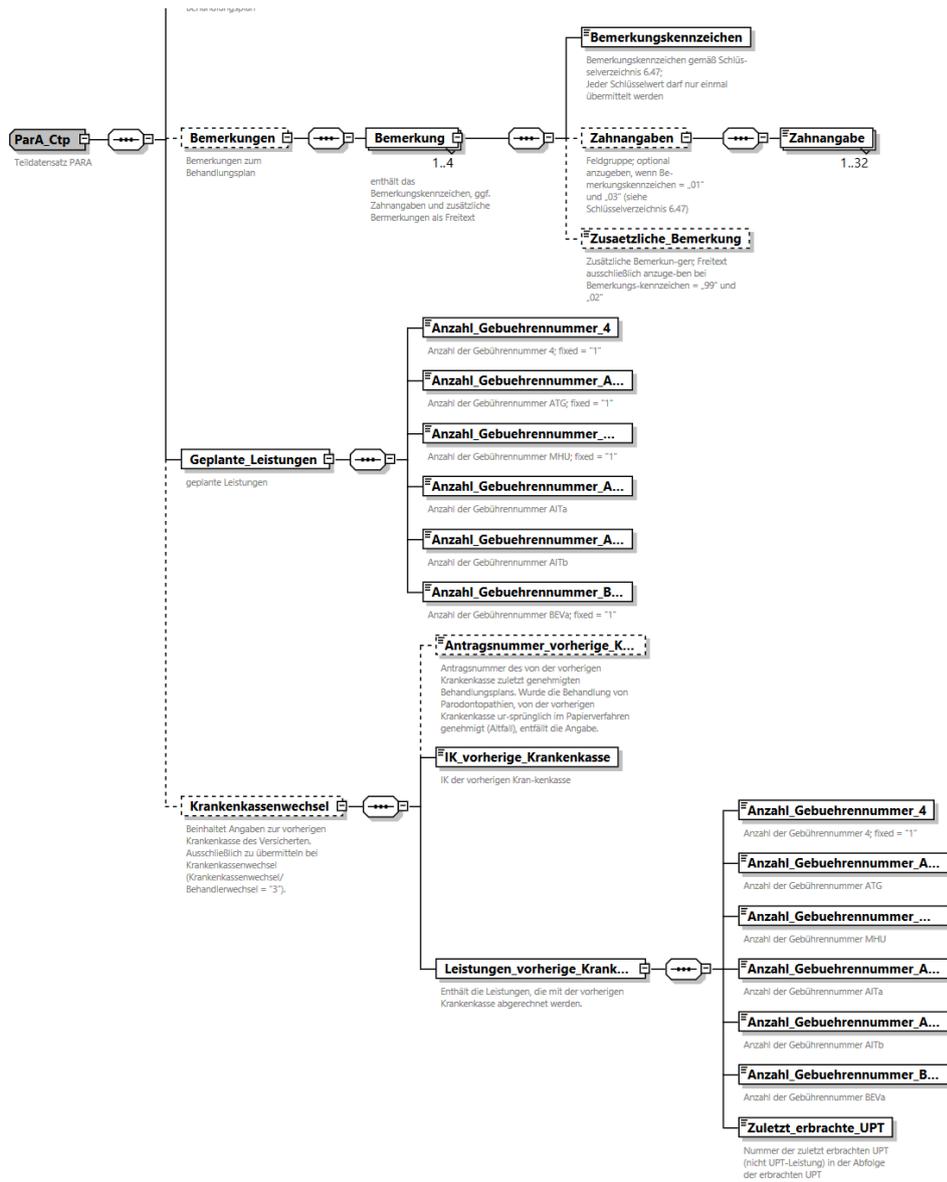
Elementname	Anz. Stell.	Feld- typ	Feld- art	Vor- kom- men	Erläuterung	Inhalt
Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel	1	n	M	1	Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassenwechsels oder Behandlerwechsels gemäß Schlüsselverzeichnis 6.39;	„1“oder „6“
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans; anzugeben bei Verarbeitungskennzeichen „21“ oder Antragsnummer des Behandlungsplans, in den eingestiegen wird, bei Behandlerwechsel mit Planübernahme (Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „1“). In Fall eines Behandlerwechsels während einer Behandlung von Parodontopathien, die ursprünglich im Pa-	

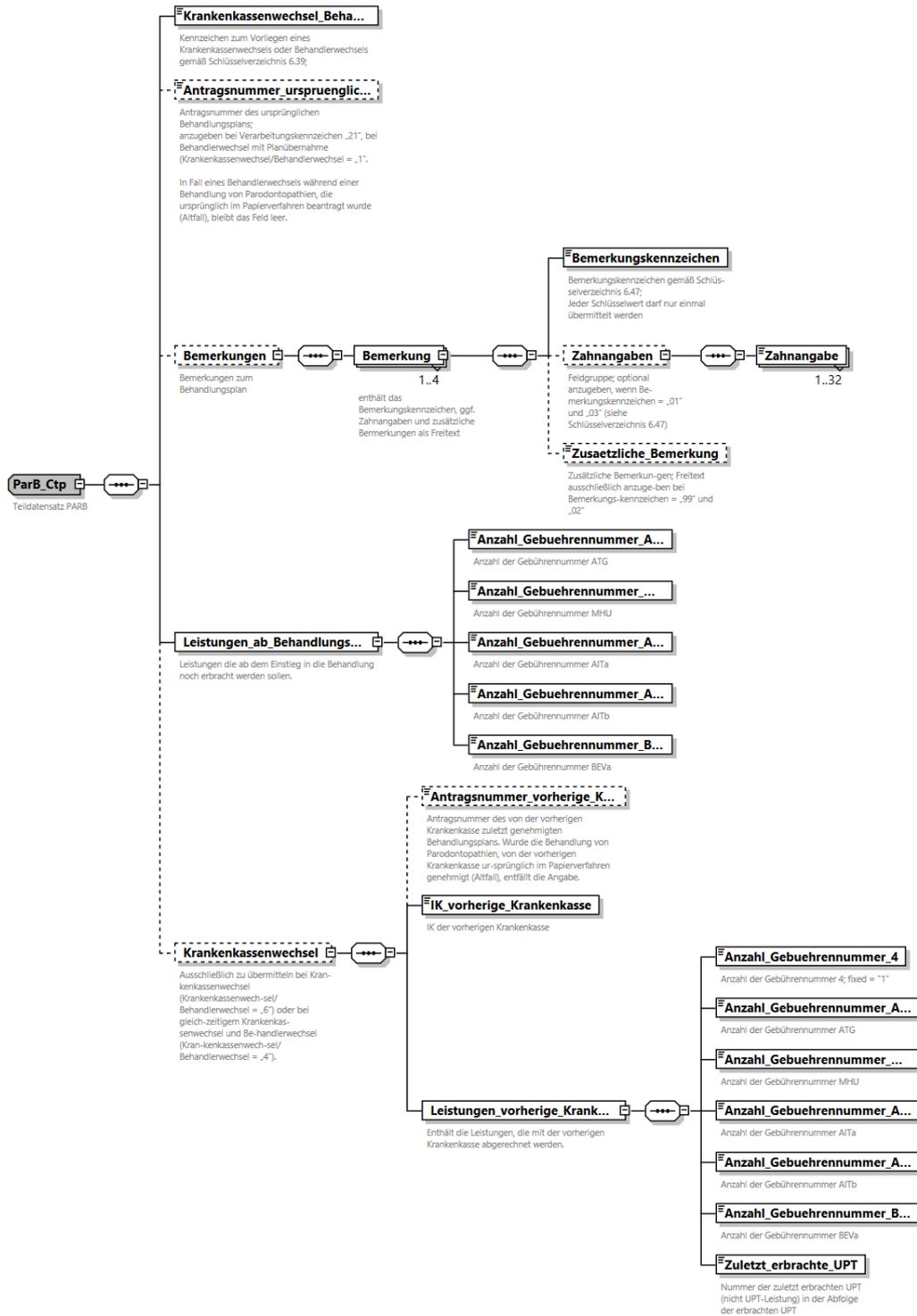
							pierverfahren beantragt wurde (Altfall), bleibt das Feld leer.	
	Bemerkungen				K	0-1	Feldgruppe, optional	
		Bemerkung			M	1-4	Feldgruppe; wiederholbar	
		Bemerkungskennzeichen	2	an	M	1	Bemerkungskennzeichen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.47; Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	„01“, „02“, „03“ oder „99“
		Zahnangaben			K	0-1	Feldgruppe; optional anzugeben, wenn Bemerkungskennzeichen = „01“ und „03“ (siehe Schlüsselverzeichnis 6.47)	
		Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
		Zusätzliche Bemerkung	1..600	an	K	0-1	Zusätzliche Bemerkungen; Freitext ausschließlich anzugeben bei Bemerkungskennzeichen = „99“ und „02“	
	Leistungen ab Behandlungseinstieg PAR				M	1	Feldgruppe;	
		Anzahl Gebührennummer ATG	1	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer ATG	„0“ bis „1“
		Anzahl Gebührennummer MHU	1	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer MHU	„0“ bis „1“
		Anzahl Gebührennummer AITa	1..2	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer AITa	„0“ bis „99“
		Anzahl Gebührennummer AITb	1..2	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer AITb	„0“ bis „99“
		Anzahl Gebührennummer BEVa	1	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer BEVa	„0“ bis „1“
	Krankenkassenwechsel				K	0-1	Feldgruppe, optional Ausschließlich zu übermitteln bei Krankenkassenwechsel (Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „6“).	

	Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse	30	an	K	0-1	Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplans“, in den eingestiegen wird. Darf nur fehlen, wenn die Behandlung von der vorherigen Krankenkasse ursprünglich im Papierverfahren genehmigt wurde (Altfall).	
	IK vorherige Krankenkasse	9	an	M	1	IK der vorherigen Krankenkasse (Haupt- IK, wenn bekannt, sonst Abrechnungs- IK)	
	Leistungen vorherige Krankenkasse			M	1	Feldgruppe Enthält die Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden.	
	Anzahl Gebührennummer 4	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer 4	„1“
	Anzahl Gebührennummer ATG	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer ATG	„0“ bis „1“
	Anzahl Gebührennummer MHU	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer MHU	„0“ bis „1“
	Anzahl Gebührennummer AITa	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITa	„0“ bis „99“
	Anzahl Gebührennummer AITb	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITb	„0“ bis „99“
	Anzahl Gebührennummer BEVa	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer BEVa	„0“ bis „1“
	Zuletzt erbrachte UPT	1	n	M	1	Nummer der zuletzt erbrachten UPT (nicht UPT-Leistung) in der Abfolge der erbrachten UPT	„0“ sofern noch keine UPT erbracht wurde









4.6.2 Beantragung von Zahnersatz / Heil- und Kostenplan (ZER)

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Verarbeitungskennzeichen	2	n	M	1	Verarbeitungskennzeichen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.27	„10“ oder „21“
Antragsnummer	30	an	M	1	Eindeutige Antragsnummer; die Antragsnummer muss eindeutig sein und für jeden erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelten Antrag neu vergeben werden. Eine Mehrfachvergabe ist ausgeschlossen.	Stelle 1-9: Abrechnungsnummer Stelle 10-11: Antragsjahr aus dem Ausstellungsdatum Stelle 12-13: Antragsmonat („01“ bis „12“) aus dem Ausstellungsdatum Stelle 14-15: Leistungsbereich („ZE“ Stelle 16-30: praxisinterne Nummer ([0-9a-zA-Z])
Ausstellungsdatum	8	n	M	1	Ausstellungsdatum des Behandlungsplans	im Format JJJJMMTT
Art des Behandlungsplans	2	an	M	1	Art des Behandlungsplans gemäß Schlüsselverzeichnis 6.3	„06“ oder „08“
Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel	1	n	M	1	Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassenwechsels oder Behandlerwechsels gemäß Schlüsselverzeichnis 6.39;	„0“, „2“ oder „3“
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans. Anzugeben bei Verarbeitungskennzeichen „21“	
Therapieschritt			K	0-1	Feldgruppe optional; nur vorhanden, wenn die Behandlung in Therapieschritten geplant wird	
Anzahl Therapieschritte	1	n	M	1	Anzahl der insgesamt geplanten Therapieschritte	„2“ bis „4“
Nummer Therapieschritt	1	n	M	1	Laufende Nummer des Therapieschritts innerhalb der Gesamtplanung	„1“ bis „4“

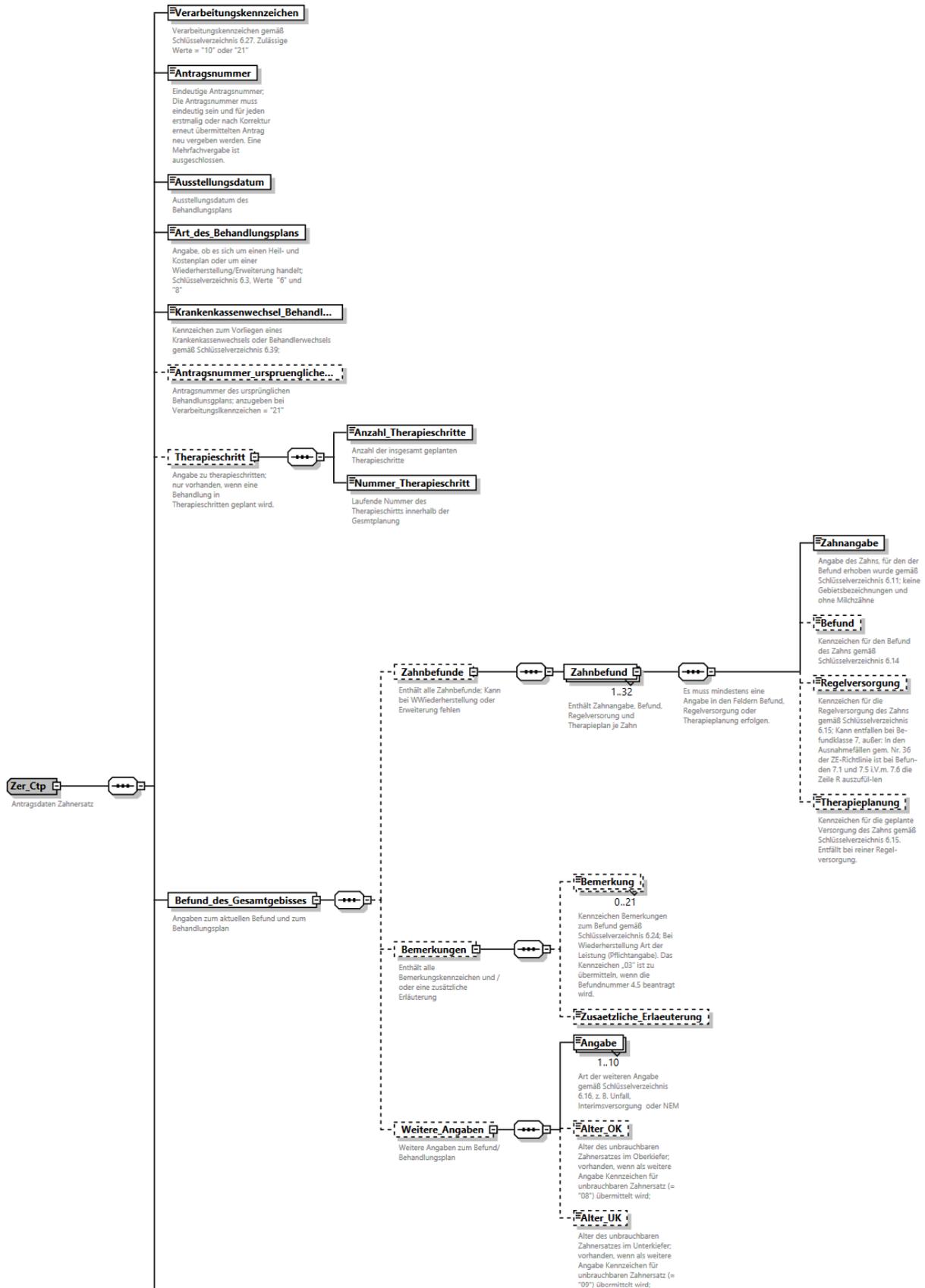
Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Befund des Gesamtgebisses			M	1	Feldgruppe	
Zahnbefunde			K	0-1	Feldgruppe; optional kann fehlen bei Wiederherstellungen und Erweiterungen.	
Zahnbefund			M	1-32	Feldgruppe; Zahnbefund wird für jeden Zahn einzeln angegeben. Es muss ein Zahnbefund für mindestens einen Zahn angegeben werden	
Zahnangabe	2	n	M	1	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung und keine Milchzähne), Schlüssel 6.11 Jeder Zahn darf nur einmal übermittelt werden	
Befund	1-3	an	K	0-1	Kennzeichen für den Zahnbefund gemäß Schlüsselverzeichnis 6.14	Es muss mindestens eine Angabe in den Feldern Befund, Regelversorgung oder Therapieplanung erfolgen.
Regelversorgung	1-3	an	K	0-1	Kennzeichen für die Behandlung bei Regelversorgung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.15 Kann entfallen bei Befundklasse 7, außer: In den Ausnahmefällen gem. Nr. 36 der ZE-Richtlinie ist bei Befunden 7.1 und 7.5 i.V.m. 7.6 die Zeile R auszufüllen.	
Therapieplanung	1-4	an	K	0-1	Kennzeichen für die Behandlung bei Therapieplanung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.15. Entfällt bei reiner Regelversorgung	
Bemerkungen			K	0-1	Feldgruppe Bei Wiederherstellungen oder Erweiterung Art der Leistung (Pflichtangabe);	

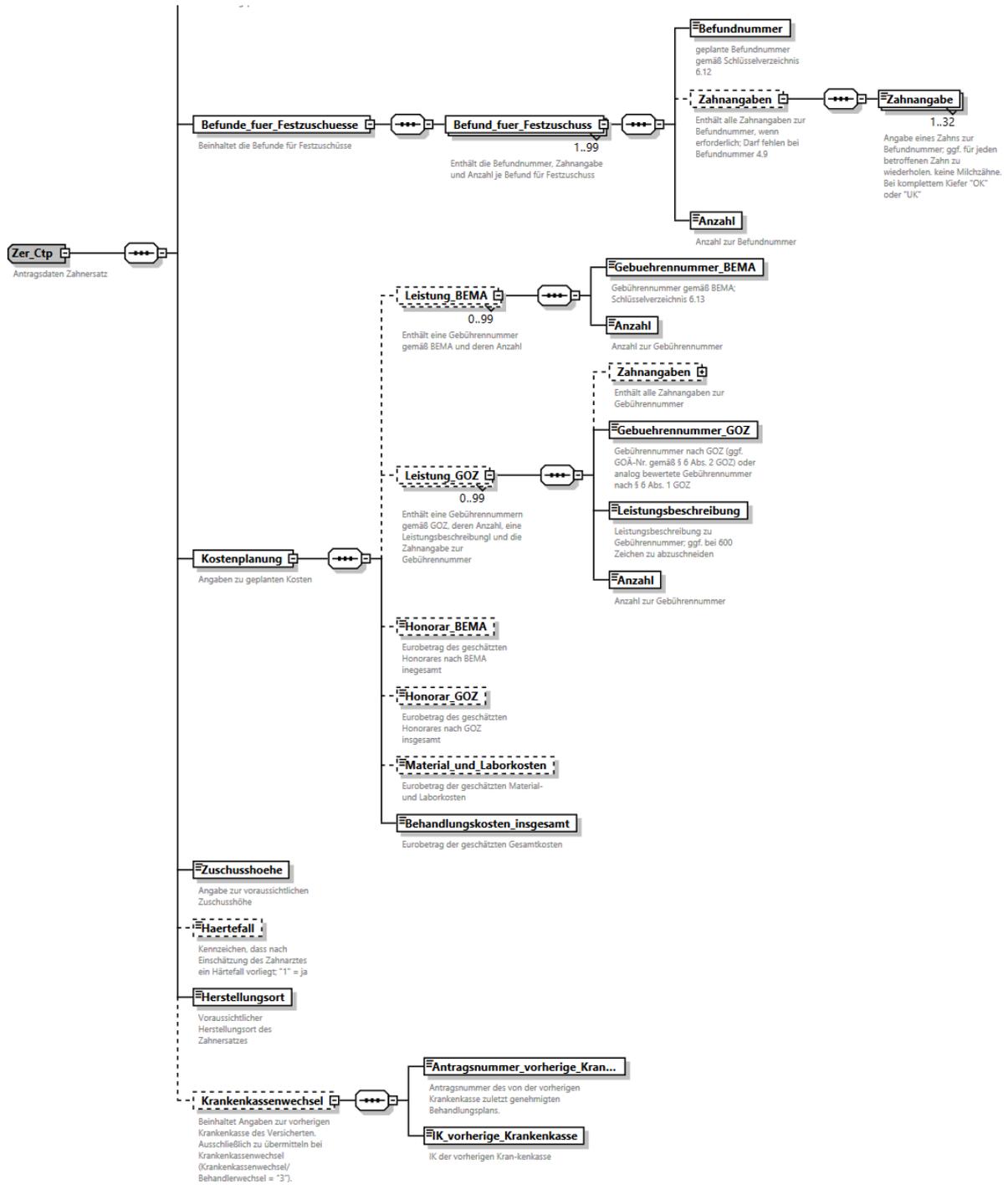
Elementname			Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
		Bemerkung	2	an	K	0-19	Kennzeichen Bemerkungen; wiederholbar; Schlüsselverzeichnis 6.24 Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden Das Kennzeichen „03“ ist zu übermitteln, wenn die Befundnummer 4.5 beantragt wird.	„01“ bis „06“ oder „09“ bis „21“
		Zusätzliche Erläuterung	1..600	an	K	0-1	Freitext	
		Weitere Angaben			K	0-1	Feldgruppe	
		Angabe	2	an	M	1-10	Kennzeichen für weitere Angabe gemäß Schlüsselverzeichnis 6.16, wiederholbar Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	„01“ bis „10“
		Alter OK	1..2	n	K	0-1	Alter eines unbrauchbaren Zahnersatzes im Oberkiefer in ca. Jahren; vorhanden, wenn weitere Angabe (Schlüssel 6.16) = „08“ geliefert wird	„1“ bis „99“
		Alter UK	1..2	n	K	0-1	Alter eines unbrauchbaren Zahnersatzes im Unterkiefer in ca. Jahren; vorhanden, wenn weitere Angabe (Schlüssel 6.16) = „09“ geliefert wird	„1“ bis „99“
		Befunde für Festzuschüsse			M	1	Feldgruppe	
		Befund für Festzuschuss			M	1-99	Feldgruppe, wiederholbar	
		Befundnummer	3..5	an	M	1	Geplante Befundnummer gemäß Schlüsselverzeichnis 6.12 Das Bemerkungskennzeichen „03“ ist zu übermitteln, wenn die Befundnummer 4.5 beantragt wird.	
		Zahnangaben			K	0-1	Feldgruppe; optional Darf nur fehlen bei Befundnummer 4.9.	

Elementname				Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
			Zahnangabe	2	an	M	1-32	Zahnangabe (keine Milchzähne); ggf. für jeden betroffenen Zahn zu wiederholen. Bei Brücken werden alle Zähne des zu versorgenden Gebietes (inkl. Brückene Pfeiler) angegeben. Bei Teilprothesen können die zu versorgenden Einzelzähne oder der zu versorgende Kiefer angegeben werden. Angabe der Einzelzähne in einem Zahngebiet erfolgt nur bei der Datenübermittlung. Der Zahnarzt erfasst im PVS weiterhin Zahngebiete oder Einzelzähne.	
			Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl zur Befundnummer	„1“ bis „99“
	Kostenplanung					M	1	Feldgruppe	
			Leistung BEMA			K	0-99	Feldgruppe, wiederholbar	
			Gebührennummer BEMA	1..5	an	M	1	Gebührennummer nach BEMA, Schlüsselverzeichnis 6.13 Wird über die Gebührennummer 91d der Austausch eines Primär- oder Sekundärteils beantragt (91d halbe), so ist bei der Anzahl der Wert 0,5 einzutragen. Wird der Austausch für zwei oder mehr Primär- oder Sekundärteile beantragt, muss die Gebührennummer „91d“ zweimal bzw. mehrmals separat und jeweils mit der Anzahl 0,5 im Antragsdatensatz angegeben werden.	
			Anzahl	1..3	n	M	1	Anzahl zur Gebührennummer	„0,5“ bis „99“
			Leistung GOZ			K	0-99	Feldgruppe, wiederholbar	

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Zahnangaben			K	0-1	Feldgruppe Angabe darf fehlen, wenn die GOZ-Gebührennummer ohne Bezug auf einen Zahn, ein Zahngebiet oder einen Kiefer anzusetzen ist	
Zahnangabe	2	an	M	1-32	Zahnangabe (keine Milchzähne); ggf. für jeden betroffenen Zahn zu wiederholen. Bei komplettem Kiefer „OK“ oder „UK“ Angabe der Einzelzähne in einem Zahngebiet erfolgt nur bei der Datenübermittlung. Der Zahnarzt erfasst im PVS weiterhin Zahngebiete oder Einzelzähne.	
Gebührennummer GOZ	4-5	an	M	1	Gebührennummer nach GOZ (ggf. GOÄ-Nr. gemäß § 6 Abs. 2 GOZ) oder analog bewertete Gebührennummer nach § 6 Abs. 1 GOZ	Bei GOÄ-Nrn. gemäß § 6 Abs. 2 mit vorangestelltem ä/Ä, z. B. „Ä5000“ Bei Analogpositionen nach § 6 Abs. 1 GOZ mit vorangestelltem oder angehängtem a/A, z. B. „3010a“
Leistungsbeschreibung	1..600	an	M	1	Leistungsbeschreibung zur Gebührennummer GOZ	
Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl zur Gebührennummer	„1“ bis „99“
Honorar BEMA	4..8	an	K	0-1	Eurobetrag des Honorars nach BEMA	„0,01“ bis „99999,99“
Honorar GOZ	4..8	an	K	0-1	Eurobetrag des geschätzten Honorars GOZ	„0,01“ bis „99999,99“
Material- und Laborkosten	4..8	an	K	0-1	Eurobetrag der geschätzten Material- und Laborkosten	„0,01“ bis „99999,99“
Behandlungskosten insgesamt	4..8	an	M	1	Eurobetrag der geschätzten Gesamtkosten	„0,01“ bis „99999,99“
Zuschusshöhe	1	n	M	1	Angabe der voraussichtlichen Zuschusshöhe auf Grund des vorgelegten Bonusheftes bzw. Informationen im PVS	„0“ bis „2“

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
					des Zahnarztes Schlüsselverzeichnis 6.38	
Härtefall	1	n	K	0-1	Kennzeichen, dass nach Einschätzung des Zahn- arztes ein Härtefall vor- liegt	„1“ = ja
Herstellungsort	1..100	an	M	1	Voraussichtlicher Her- stellungsort bzw. Her- stellungsland des Zahn- ersatzes	Herstellungsort bzw. - land (bei Herstellungsland Deutschland ist der Ort mit führendem „D-...“ anzugeben (z.B. D-München) andernfalls ist das Herstellungsland zu liefern).
Krankenkassen- wechsel			K	0-1	Feldgruppe; Ausschließlich zu über- mitteln, wenn Kennzei- chen Krankenkassen- wechsel/Behandler- wechsel = „3“	
Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse	30	an	M	1	Antragsnummer des von der vorherigen Kranken- kasse zuletzt genehmig- ten Behandlungsplans“	
IK vorherige Krankenkasse	9	an	M	1	IK der vorherigen Kran- kenkasse (Haupt-IK, wenn bekannt, sonst Abrechnungs-IK)	

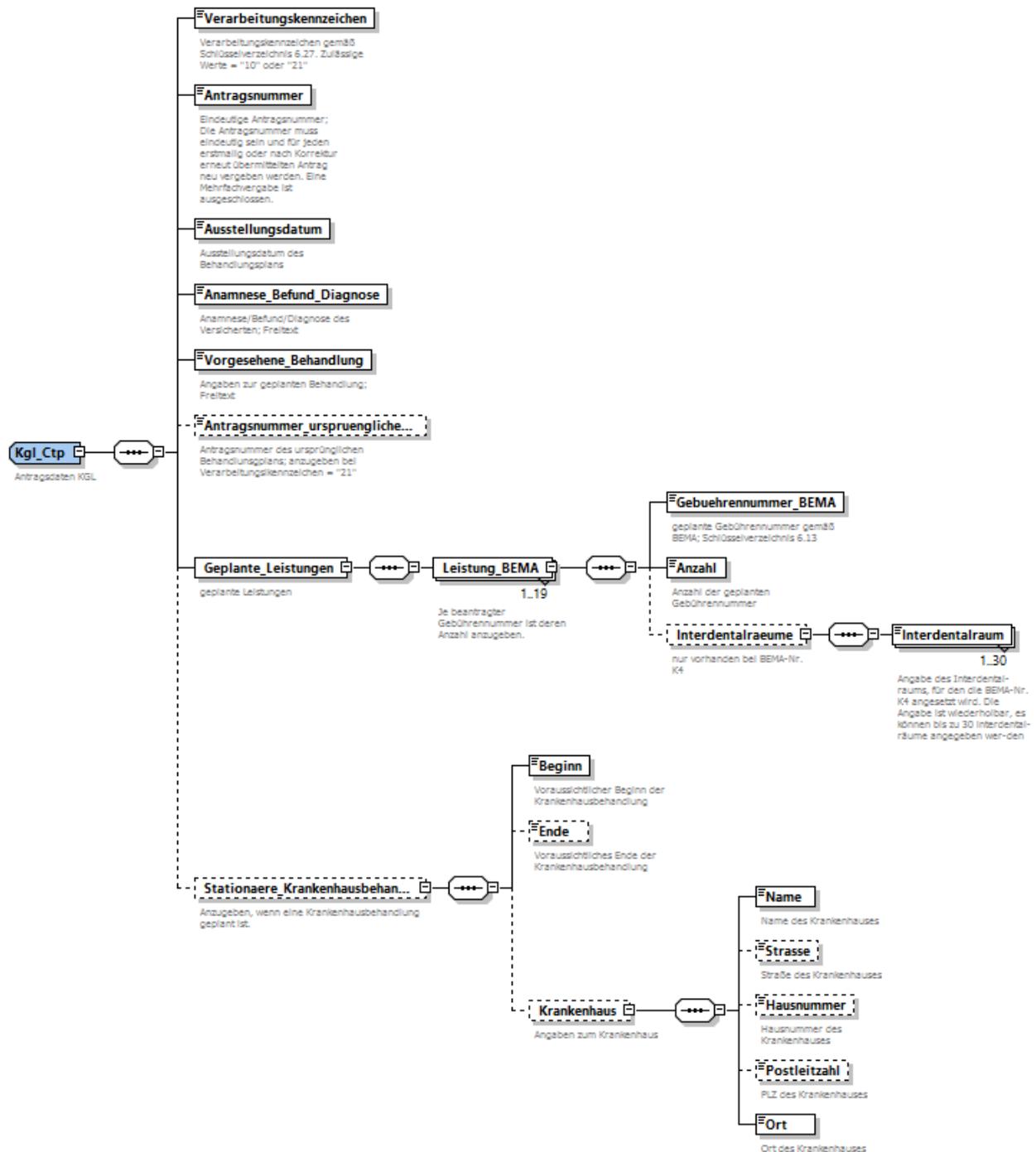




4.6.3 Beantragung von Leistungen bei Kiefergelenkserkrankung (KGL)

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt	
Verarbeitungskennzei- chen	2	n	M	1	Verarbeitungskennzei- chen gemäß Schlüssel- verzeichnis 6.27	„10“ oder „21“	
Antragsnummer	30	an	M	1	Eindeutige Antragsnum- mer; Die Antragsnum- mer muss eindeutig sein und für jeden erstmalig oder nach Korrektur er- neut übermittelten An- trag neu vergeben wer- den. Eine Mehrfach- vergabe ist ausge- schlossen.	Stelle 1-9: Ab- rechnungsnum- mer Stelle 10-11: An- tragsjahr aus dem Ausstellungsda- tum Stelle 12-13: An- tragsmonat („01“ bis „12“) aus dem Ausstellungsda- tum Stelle 14-15: Lei- stungsbereich („KG“) Stelle 16-30: pra- xisinterne Num- mer ([0-9a-zA-Z])	
Ausstellungsdatum	8	n	M	1	Ausstellungsdatum des Behandlungsplans	im Format JJJJMMTT	
Anamnese Befund Di- agnose	1..600	an	M	1	Angaben zu Anam- nese/Befund bzw. Diag- nose des Versicherten; Freitext		
Vorgesehene Behand- lung	1..600	an	M	1	Angaben zur geplanten Behandlung; Freitext		
Antragsnummer ur- sprünglicher Behand- lungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ur- sprünglichen Behand- lungsplans. Anzugeben bei Verarbeitungskenn- zeichen „21“		
	Geplante Leistun- gen			M	1	Feldgruppe	
	Leistung BEMA			M	1..19	Wiederholbare Feld- gruppe aus geplanter Gebührennummer und Anzahl	
	Gebühren- nummer BEMA	1..5	an	M	1	Geplante Gebühren- nummer gemäß Schlüs- selverzeichnis 6.13	
	Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl	„1“ bis „99“
	Interdental- räume			K	0-1	Feldgruppe nur vorhanden bei BEMA-Nr. K4	

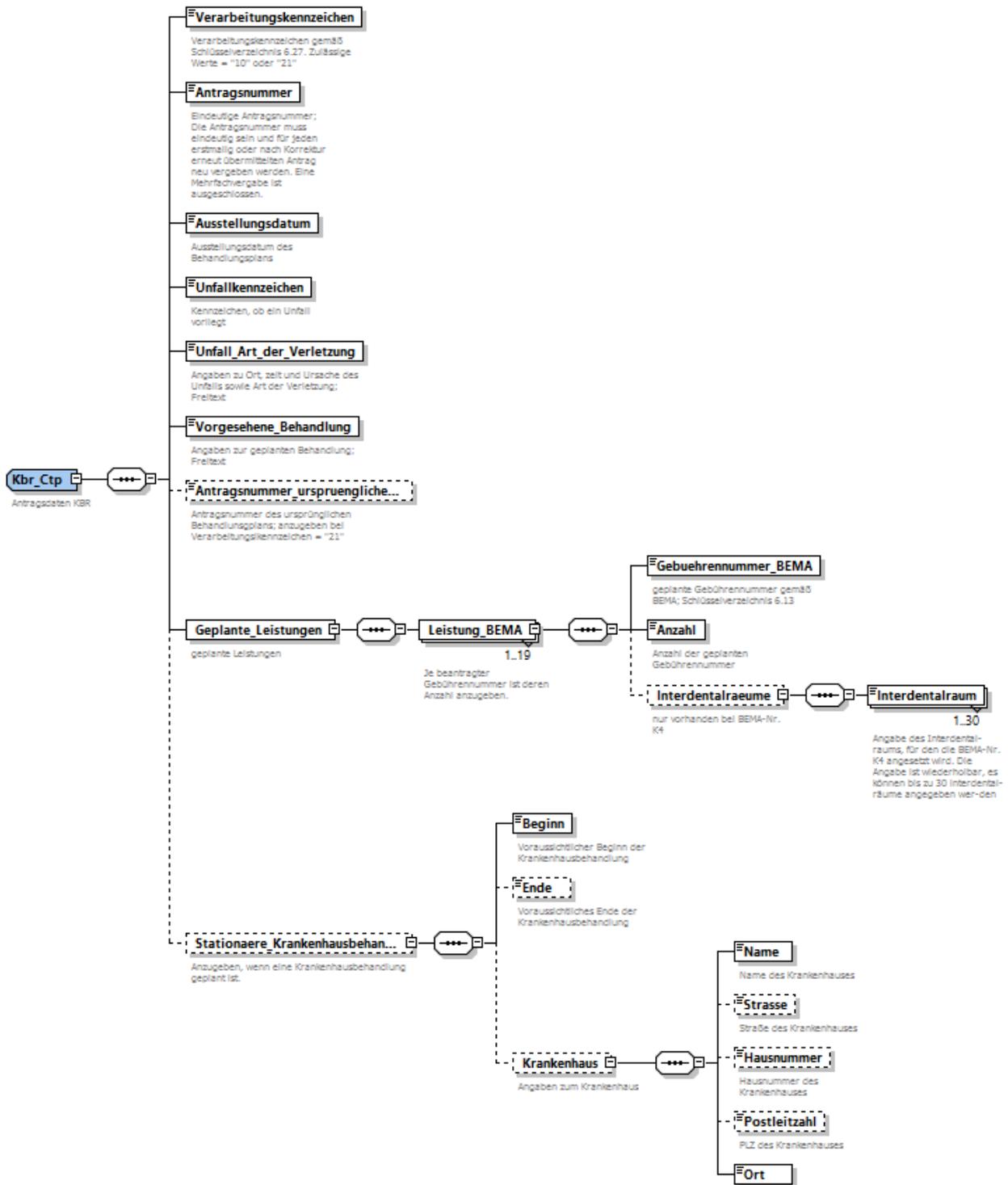
Elementname				Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
			Interdentalraum	5	an	M	1-30	Angabe des Interdentalraums, für den die BEMA-Nr. K4 angesetzt wird. Die Angabe ist wiederholbar, es können bis zu 30 interdentalräume angegeben werden	z. B. „11-12“
			Stationäre Krankenhausbehandlung			K	0-1	Feldgruppe, optional	
			Beginn	8	n	M	1	Voraussichtlicher Beginn der geplanten Krankenhausbehandlung	im Format JJJJMMTT
			Ende	8	n	K	0-1	Voraussichtliches Ende der geplanten Krankenhausbehandlung	im Format JJJJMMTT
			Krankenhaus			K	0-1	Feldgruppe	
			Name	1..45	an	M	1	Name des Krankenhauses	
			Straße	1..46	an	K	0-1	Straße des Krankenhauses	
			Hausnummer	1..9	an	K	0-1	Hausnummer des Krankenhauses	
			Postleitzahl	1..10	an	K	0-1	Postleitzahl des Krankenhauses	
			Ort	1..40	an	M	1	Ort des Krankenhauses	



4.6.4 Anzeige von Leistungen bei Kieferbruch (KBR)

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt	
Verarbeitungskennzeichen	2	n	M	1	Verarbeitungskennzeichen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.27	„10“ oder „21“	
Antragsnummer	30	an	M	1	Eindeutige Antragsnummer; Die Antragsnummer muss eindeutig sein und für jeden erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelten Antrag neu vergeben werden. Eine Mehrfachvergabe ist ausgeschlossen.	Stelle 1-9: Abrechnungsnummer Stelle 10-11: Antragsjahr aus dem Ausstellungsdatum Stelle 12-13: Antragsmonat („01“ bis „12“) aus dem Ausstellungsdatum Stelle 14-15: Leistungsbereich („KB“) Stelle 16-30: praxisinterne Nummer ([0-9a-zA-Z])	
Ausstellungsdatum	8	n	M	1	Ausstellungsdatum des Behandlungsplans	im Format JJJJMMTT	
Unfallkennzeichen	1	n	M	1	Kennzeichen, ob ein Unfall vorliegt	„0“ = nein „1“ = ja	
Unfall/Art der Verletzung	1..600	an	M	1	Angaben zu Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung; Freitext		
Vorgesehene Behandlung	1..600	an	M	1	Angaben zur geplanten Behandlung; Freitext		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans. Anzugeben bei Verarbeitungskennzeichen „21“		
	Geplante Leistungen		M	1	Feldgruppe		
	Leistung BEMA		M	1..19	Wiederholbare Feldgruppe aus geplanter Gebührennummer und Anzahl		
	Gebührennummer BEMA	1..5	an	M	1	Geplante Gebührennummer gemäß Schlüsselverzeichnis 6.13	
	Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl	„1“ bis „99“

Elementname				Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
			Interdental-räume			K	0-1	Feldgruppe nur vorhanden bei BEMA-Nr. K4	
			Interden-talraum	5	an	M	1-30	Angabe des Interdental-raums, für den die BEMA-Nr. K4 angesetzt wird. Die Angabe ist wiederholbar, es können bis zu 30 interdental-räume angegeben werden	z. B. „11-12“
			Stationäre Kranken-hausbehandlung			K	0-1	Feldgruppe, optional	
			Beginn	8	n	M	1	Voraussichtlicher Beginn der geplanten Krankenhausbehandlung	im Format JJJJMMTT
			Ende	8	n	K	0-1	Voraussichtliches Ende der geplanten Krankenhausbehandlung	im Format JJJJMMTT
			Krankenhaus			K	0-1	Feldgruppe	
			Name	1..45	an	M	1	Name des Krankenhau-ses	
			Straße	1..46	an	K	0-1	Straße des Krankenhau-ses	
			Hausnummer	1..9	an	K	0-1	Hausnummer des Kran-kenhauses	
			Postleitzahl	1..10	an	K	0-1	Postleitzahl des Kran-kenhauses	
			Ort	1..40	an	M	1	Ort des Krankenhauses	



4.6.5 Beantragung von Leistungen bei Kieferorthopädischer Behandlung (KFO)

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Verarbeitungskennzeichen	2	n	M	1	Verarbeitungskennzeichen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.27	„10“
Antragsnummer	30	an	M	1	Eindeutige Antragsnummer; Die Antragsnummer muss eindeutig sein und für jeden erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelten Antrag neu vergeben werden. Eine Mehrfachvergabe ist ausgeschlossen.	Stelle 1-9: Abrechnungsnummer Stelle 10-11: Antragsjahr aus dem Ausstellungsdatum Stelle 12-13: Antragsmonat („01“ bis „12“) aus dem Ausstellungsdatum Stelle 14-15: Leistungsbereich („KF“) Stelle 16-30: praxisinterne Nummer ([0-9a-zA-Z])
Ausstellungsdatum	8	n	M	1	Ausstellungsdatum des Behandlungsplans	im Format JJJJMMTT
Art des Behandlungsplans	2	an	M	1	Art des Behandlungsplans gemäß Schlüsselverzeichnis 6.3	„03“ bis „05“

- a) Teildatensatz A (KFOA), anzuwenden für folgende Fälle nach der Schlüsselliste 6.39:
- kein Krankenkassenwechsel und kein Behandlerwechsel (0),
 - Behandlerwechsel mit Neuplanung (2),
 - Krankenkassenwechsel (3),
 - gleichzeitiger Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel mit Neuplanung (5)

Für die Fälle "Behandlerwechsel Planübernahme" (1), "gleichzeitiger Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel mit Planübernahme" (4), "Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Behandlerwechsel mit Planübernahme oder einem gleichzeitigen Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel mit Planübernahme erfolgt" (6) siehe Teildatensatz B

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel	1	n	M	1	Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassenwechsels oder	„0“, „2“, „3“, „5“

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt	
					Behandlerwechsels gemäß Schlüsselverzeichnis 6.39;		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans. Anzugeben bei Therapieänderung (Art des Behandlungsplans = „04“), Verlängerungsantrag (Art des Behandlungsplans = „05“). Für kieferorthopädische Behandlungspläne (und Mitteilungen), die ursprünglich im Papierverfahren beantragt wurden, bleibt das Feld leer.		
Unfall	1	n	K	0-1	Kennzeichen, ob die Behandlung auf Grund eines Unfalls, einer Unfallfolge oder einer Berufskrankheit erfolgt	„1“ = ja	
Kennzeichen Behandlungsart	1	n	K	0-1	Kennzeichen für die Behandlungsart KFO gemäß Schlüsselverzeichnis 6.17	„1“ bis „3“	
Verlängerung							
			K	0-1	Feldgruppe, optional Ausschließlich zu übermitteln bei Verlängerungsantrag (Art des Behandlungsplans „05“) und Kennzeichen Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „0“ oder „3“		
	Beginn	6	an	M	1	Quartal des ursprünglichen Behandlungsbeginns	Im Format JJJJ-Q
	Beginn Verlängerung	6	an	M	1	Quartal des Beginns der Verlängerung	im Format JJJJ-Q
	Voraussichtliche Dauer	1..2	n	M	1	Voraussichtliche Dauer der Verlängerung, Anzahl der Quartale	„1“ bis „12“
Krankenkassenwechsel							
			K	0-1	Feldgruppe, optional Nur zu übermitteln bei Krankenkassenwechsel (Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „3“).		

Elementname		Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
	Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse	30	an	K	0-1	Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplans. Darf nur fehlen, wenn die Behandlung von der vorherigen Krankenkasse ursprünglich im Papierverfahren genehmigt wurde (Altfall).	
	IK vorherige Krankenkasse	9	an	M	1	IK der vorherigen Krankenkasse (Haupt-IK, wenn bekannt, sonst Abrechnungs-IK)	
	Abschlag Abrechnung Vorkasse	1..2	n	M	1	Abschlagsnummer, bis zu der der Zahnarzt mit der Vorkasse abrechnet.	
<hr/>							
	KIG-Einstufung	2	an	K	0-1	Angabe der KIG-Einstufung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.26; Anzugeben bei Art des Behandlungsplans = „03“ Nur Werte zulässig, deren zweite Stelle „3“, „4“ oder „5“ lautet	
	KIG E3/E4	2	an	K	0-1	Angabe der KIG-Einstufung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.26; Nur anzugeben, wenn Art des Behandlungsplans = "03" und wenn im Feld "KIG-Einstufung" eine andere bzw. höhere KIG-Stufe angegeben wurde und E3 oder E4 zusätzlich vorliegt.	„E3“ oder „E4“
<hr/>							
	Angaben zur Anamnese			K	0-1	Feldgruppe, bedingt optional Darf nur fehlen bei Verlängerung oder Therapieänderung (Art des Behandlungsplans „04“ oder „05“)	
	Anamnese			M	1-99	Feldgruppe; wiederholbar	

Elementname			Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kommen	Erläuterung	Inhalt
		Anamnesekennzeichen	2	an	M	1	Kennzeichen zur Anamnese des Versicherten gemäß Schlüsselverzeichnis 6.28; Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	
		Zahnangaben			K	0-1	Feldgruppe; optional anzugeben, wenn zum Anamnesekennzeichen eine Zahnangabe erfolgen muss (siehe Schlüsselverzeichnis 6.28)	
		Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
		Zusätzliche Erläuterung Anamnese	1..600	an	K	0-1	Zusätzliche Angaben zur Anamnese des Versicherten; Freitext Ist ausschließlich anzugeben bei Anamnesekennzeichen = „99“	
		Angaben zur Diagnose			M	1	Feldgruppe	
		Oberkiefer			K	0-1	Feldgruppe, optional	
		Diagnose			M	1-99	Feldgruppe; wiederholbar	
		Diagnosekennzeichen	2	an	M	1	Kennzeichen zur Diagnose des Versicherten gemäß Schlüsselverzeichnis 6.29; Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	
		Zahnangaben			K	0-1	Feldgruppe; optional anzugeben, wenn zum Diagnosekennzeichen eine Zahnangabe erfolgen muss (siehe Schlüsselverzeichnis 6.29)	
		Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
		Zusätzliche Erläuterung Diagnose	1..600	an	K	0-1	Angaben zur Diagnose für den Oberkiefer; Freitext Ist ausschließlich anzugeben bei Diagnosekennzeichen = „99“	
		Unterkiefer			K	0-1	Feldgruppe, optional	

Elementname				Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
			Diagnose			M	1-99	Feldgruppe; wiederholbar	
			Diagnosekennzeichen	2	an	M	1	Kennzeichen zur Diagnose des Versicherten gemäß Schlüsselverzeichnis 6.29; Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	
			Zahnangaben			K	0-1	Feldgruppe; optional anzugeben, wenn zum Diagnosekennzeichen eine Zahnangabe erfolgen muss (siehe Schlüsselverzeichnis 6.29)	
			Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
			Zusätzliche Erläuterung Diagnose	1..600	an	K	0-1	Angaben zur Diagnose für den Unterkiefer; Freitext Ist ausschließlich anzugeben bei Diagnosekennzeichen = „99“	
			Angaben zur Bisslage			K	0-1	Feldgruppe, optional	
			Bisslage			M	1-99	Feldgruppe; wiederholbar	
			Bisslagekennzeichen	2	an	M	1	Kennzeichen zur Bisslage Diagnose des Versicherten gemäß Schlüsselverzeichnis 6.30; Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	
			Zahnangaben			K	0-1	Feldgruppe; optional anzugeben, wenn zum Kennzeichen Bisslage Diagnose eine Zahnangabe erfolgen muss (siehe Schlüsselverzeichnis 6.30)	
			Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	

Elementname				Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
			Millimeterangabe	1..3	n	K	0-1	Angabe einer Mittellinienverschiebung in Zehntelmillimeter (z. B. „5“ = 0,5 mm, „200“ = 20 mm); optional; anzugeben, wenn das Kennzeichen Bisslage = „26“ oder „27“ übermittelt wird (siehe Schlüsselverzeichnis 6.30)	„5“ bis „200“
			Zusätzliche Erläuterung Bisslage Diagnose	1..600	an	K	0-1	Angaben zur Bisslage Diagnose; Freitext Ist ausschließlich anzugeben bei Kennzeichen Bisslage Diagnose = „99“	
			Angaben zur Therapie			M	1	Feldgruppe	
			Oberkiefer			K	0-1	Feldgruppe, optional	
			Therapie			M	1-99	Feldgruppe; wiederholbar	
			Therapiekennzeichen	2	an	M	1	Kennzeichen zur Therapie des Versicherten gemäß Schlüsselverzeichnis 6.31; Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	
			Zahnangaben			K	0-1	Feldgruppe; optional anzugeben, wenn zum Therapiekennzeichen eine Zahnangabe erfolgen muss (siehe Schlüsselverzeichnis 6.31)	
			Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
			Zusätzliche Erläuterung Therapie	1..600	an	K	0-1	Angaben zur Therapie für den Oberkiefer; Freitext Ist ausschließlich anzugeben bei Therapiekennzeichen = „99“	
			Unterkiefer			K	0-1	Feldgruppe, optional	
			Therapie			M	1-99	Feldgruppe; wiederholbar	

Elementname				Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
			Therapie-kenn-zeichen	2	an	M	1	Kennzeichen zur Therapie des Versicherten gemäß Schlüsselverzeichnis 6.31; Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	
			Zahn-an-gaben			K	0-1	Feldgruppe; optional anzugeben, wenn zum Therapie-kenn-zeichen eine Zahnangabe erfolgen muss (siehe Schlüsselverzeichnis 6.31)	
			Zahn-an-gabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
			Zusätzli-che Erläu-terung Therapie	1..600	an	K	0-1	Angaben zur Therapie für den Unterkiefer; Freitext Ist ausschließlich anzugeben bei Therapie-kenn-zeichen = „99“	
			Angaben zur Bisslage			K	0-1	Feldgruppe, optional	
			Bisslage			M	1-99	Feldgruppe; wiederholbar	
			Bissla-ge-kenn-zeichen	2	an	M	1	Kennzeichen zur Bisslage Therapie des Versicherten gemäß Schlüsselverzeichnis 6.32; Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	
			Zahn-an-gaben			K	0-1	Feldgruppe; optional anzugeben, wenn zum Kennzeichen Bisslage Therapie eine Zahnangabe erfolgen muss (siehe Schlüsselverzeichnis 6.32)	
			Zahn-an-gabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
			Zusätzli-che Erläu-terung Bisslage Therapie	1..600	an	K	0-1	Angaben zur Bisslage Therapie; Freitext Ist ausschließlich anzugeben bei Kennzeichen Bisslage Therapie = „99“	
			Verwendete Geräte			M	1	Feldgruppe	

Elementname		Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
	Gerät			M	1-21	Feldgruppe; wiederholbar	
	Geräte-kenn-zeichen	2	an	M	1	Verwendetes Gerät gemäß Schlüsseltabelle 6.33 Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	„01“, „02“, „05“ bis „18“ oder „99“
	Zusätzliche Erläuterung zum verwendeten Gerät	1..600	an	K	0-1	Angaben zum verwendeten Gerät; Freitext Ist ausschließlich anzugeben bei Geräte-kenn-zeichen = „99“	
	Diagnostik und Behandlung			M	1	Feldgruppe	
	Leistung BEMA			K	0-30	Feldgruppe	
	Gebühren-nummer BEMA	1..5	an	M	1	Gebührennummer nach BEMA, Schlüsselverzeichnis 6.13 Leistungen zum BEMA 119/120 sind hier nicht zu übermitteln	
	Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl zur Gebühren-nummer	„1“ bis „99“
	Maßnahmen			M	1	Feldgruppe	
	OK 119			K	0-1	Feldgruppe, optional	
	Bewertung			M	1-5	Feldgruppe, wiederholbar	
	Krite-rium	1	n	M	1	Kennzeichen des Kriteriums zur Bewertung der Schwierigkeit von Maßnahmen zur Umformung des Kiefers; Schlüsselverzeichnis 6.18	„1“ bis „5“
	Punkte	1..2	n	M	1	Bewertung des Kriteriums in Punkten	„1“, „2“, „3“ oder „5“
	Summe	1..2	n	M	1	Summe der Punkte aus den Kriterien	„1“ bis „99“
	Schwie-rigkeits-grad	1	n	M	1	Einteilung des Schwierigkeitsgrad der Maßnahmen; Schlüsselverzeichnis 6.19	„1“ bis „4“
	UK 119			K	0-1	Feldgruppe, optional	
	Bewertung			M	1-5	Feldgruppe, wiederholbar	
	Krite-rium	1	n	M	1	Kennzeichen des Kriteriums zur Bewertung der Schwierigkeit von Maßnahmen zur Umformung	„1“ bis „5“

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
					des Kiefers; Schlüsselverzeichnis 6.18	
Punkte	1..2	n	M	1	Bewertung des Kriteriums in Punkten	„1“, „2“, „3“ oder „5“
Summe	1..2	n	M	1	Summe der Punkte aus den Kriterien	„1“ bis „99“
Schwierigkeitsgrad	1	n	M	1	Schwierigkeitsgrad der Maßnahmen; Schlüsselverzeichnis 6.19	„1“ bis „4“
120			K	0-1	Feldgruppe, optional	
Bewertung			M	1-4	Feldgruppe, wiederholbar	
Kriterium	1	n	M	1	Kennzeichen des Kriteriums zur Bewertung der Schwierigkeit von Maßnahmen zur Umformung des Kiefers; Schlüsselverzeichnis 6.37	„1“ bis „4“
Punkte	1..2	n	M	1	Bewertung des Kriteriums in Punkten	„1“, „2“, „3“, „5“ oder „10“
Zusätzliche Punkte Kriterium 3	1..2	n	K	0-1	Zusätzliche Punkte bei zweiter Verschiebungsrichtung; Angabe nur zulässig bei Kriterium 3	„2“ oder „3“
Summe	1..2	n	M	1	Summe der Punkte aus den Kriterien	„1“ bis „99“
Schwierigkeitsgrad	1	n	M	1	Schwierigkeitsgrad der Maßnahmen; Schlüsselverzeichnis 6.19	„1“ bis „4“
Sonstige Leistung			K	0-3	Feldgruppe	
Gebührennummer BEMA	1..5	an	M	1	Gebührennummer nach BEMA, Schlüsselverzeichnis 6.13	
Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl zur Gebührennummer	„1“ bis „99“
Behandlungsdauer	1..2	n	K	0-1	Voraussichtliche Dauer der Behandlung in Quartalen. Angabe entfällt bei Verlängerungsantrag (Art des Behandlungsplans „05“)	„1“ bis „99“

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Material- und Labor-kosten	4..8	an	K	0-1	Eurobetrag der geschätzten Material- und Laborkosten Bei Anträgen auf Therapieänderung und Verlängerungsanträgen (Art des Behandlungsplans = „04“ oder „05“) sind die Kosten anzugeben, die ab der Therapieänderung bzw. ab der Verlängerung voraussichtlich entstehen.	„0,01“ bis „99999,99“
Gesamtkosten	4..8	an	M	1	Eurobetrag der voraussichtlichen Gesamtkosten Bei Anträgen auf Therapieänderung und Verlängerungsanträgen (Art des Behandlungsplans = „04“ oder „05“) sind die Gesamtkosten bezogen auf die Therapieänderung bzw. auf die Verlängerung anzugeben.	„0,01“ bis „99999,99“

- b) Teildatensatz B (KFOB), anzuwenden für folgende Fälle nach der Schlüsselliste 6.39:
- Behandlerwechsel mit Planübernahme (1),
 - gleichzeitiger Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel mit Planübernahme (4),
 - Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Behandlerwechsel mit Planübernahme oder einem gleichzeitigen Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel mit Planübernahme erfolgt (6)

Für die Fälle "kein Krankenkassenwechsel und kein Behandlerwechsel" (0), "Behandlerwechsel mit Neuplanung" (2), "Krankenkassenwechsel" (3) und "gleichzeitiger Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel mit Neuplanung" (5) siehe Teildatensatz A.

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel	1	n	M	1	Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassenwechsels oder Behandlerwechsels gemäß Schlüsselverzeichnis 6.39	„1“, „4“ oder „6“
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des Behandlungsplans, in den eingestiegen wird. Anzugeben bei Behandler-	

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kommen	Erläuterung	Inhalt
					wechsel mit Planübernahme (Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „1“) Für kieferorthopädische Behandlungspläne (und Mitteilungen), die ursprünglich im Papierverfahren beantragt wurden (Altfälle), bleibt das Feld leer.	
Unfall	1	n	K	0-1	Kennzeichen, ob die Behandlung auf Grund eines Unfalls, einer Unfallfolge oder einer Berufskrankheit erfolgt	„1“ = ja
Kennzeichen Behandlungsart	1	n	K	0-1	Kennzeichen für die Behandlungsart KFO gemäß Schlüsselverzeichnis 6.17	„1“ bis „3“
Verlängerung			K	0-1	Feldgruppe, optional Ausschließlich zu übermitteln bei Verlängerungsantrag (Art des Behandlungsplans „05“)	
Behandlungsbeginn	6	an	M	1	Quartal des ursprünglichen Behandlungsbeginns	Im Format JJJJ-Q
Beginn Verlängerung	6	an	M	1	Quartal des Beginns der Verlängerung	im Format JJJJ-Q
Voraussichtliche Dauer	1..2	n	M	1	Voraussichtliche Dauer der Verlängerung, Anzahl der Quartale	„1“ bis „12“
Krankenkassenwechsel			K	0-1	Feldgruppe, optional Nur zu übermitteln bei gleichzeitigem/nachträglichen Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel (Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „4“ oder „6“).	

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse	30	an	K	0-1	Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplans, in den eingestiegen wird. Darf nur fehlen, wenn die Behandlung von der vorherigen Krankenkasse ursprünglich im Papierverfahren genehmigt wurde (Altfall).	
IK vorherige Krankenkasse	9	an	M	1	IK der vorherigen Krankenkasse (Haupt-IK, wenn bekannt, sonst Abrechnungs-IK)	
Abschlag Abrechnung Vorkasse	1..2	n	M	1	Abschlagsnummer, bis zu der der Zahnarzt mit der Vorkasse abrechnet.	
Quartal Behandlungseinstieg	6	an	M	1	Quartal, ab der der Einstieg in die Behandlung erfolgt.	im Format JJJJ-Q
KIG-Einstufung	2	an	K	0-1	Angabe der KIG-Einstufung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.26; Anzugeben bei Art des Behandlungsplans = "03" und Kennzeichen Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „4“ oder „6“ Nur Werte zulässig, deren zweite Stelle „3“, „4“ oder „5“ lautet	
KIG E3/E4	2	an	K	0-1	Angabe der KIG-Einstufung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.26. Nur anzugeben, wenn Art des Behandlungsplans = "03" und Kennzeichen Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „4“ oder „6“ und wenn im Feld "KIG-Einstufung" eine andere bzw. höhere KIG-Stufe angegeben wurde und E3 oder E4 zusätzlich vorliegt.	„E3“ oder „E4“

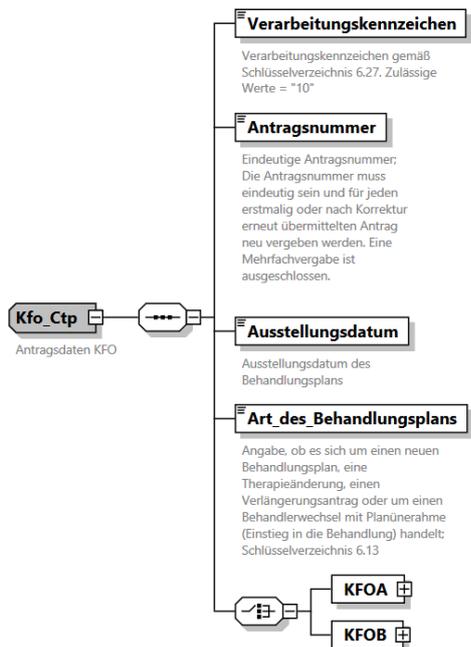
Elementname	Anz. Stell.	Feld- typ	Feld- art	Vor- kom- men	Erläuterung	Inhalt
Diagnostik und Behandlung			M	1	Feldgruppe	
Leistung BEMA			K	0-30	Feldgruppe	
Gebühren- nummer BEMA	1..5	an	M	1	Gebührennummer nach BEMA, Schlüsselver- zeichnis 6.13 Leistungen zum BEMA 119/120 sind hier nicht zu übermitteln	
Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl zur Gebühren- nummer	„1“ bis „99“
Maßnahmen			M	1	Feldgruppe	
OK 119			K	0-1	Feldgruppe, optional	
Schwie- rigkeits- grad	1	n	M	1	Einteilung des Schwie- rigkeitsgrad der Maß- nahmen; Schlüsselver- zeichnis 6.19	„1“ bis „4“
UK 119			K	0-1	Feldgruppe, optional	
Schwie- rigkeits- grad	1	n	M	1	Schwierigkeitsgrad der Maßnahmen; Schlüssel- verzeichnis 6.19	„1“ bis „4“
120			K	0-1	Feldgruppe, optional	
Schwie- rigkeits- grad	1	n	M	1	Schwierigkeitsgrad der Maßnahmen; Schlüssel- verzeichnis 6.19	„1“ bis „4“
Sonstige Leis- tung			K	0-3	Feldgruppe	
Gebühren- nummer BEMA	1..5	an	M	1	Gebührennummer nach BEMA, Schlüsselver- zeichnis 6.13	
Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl zur Gebühren- nummer	„1“ bis „99“
Behandlungsdauer	1..2	n	K	0-1	Voraussichtliche Dauer der Behandlung in Quar- talen in Quartalen ab Behandlungseinstieg. Angabe entfällt bei Ver- längerungsantrag (Art des Behandlungsplans „05“)	„1“ bis „99“

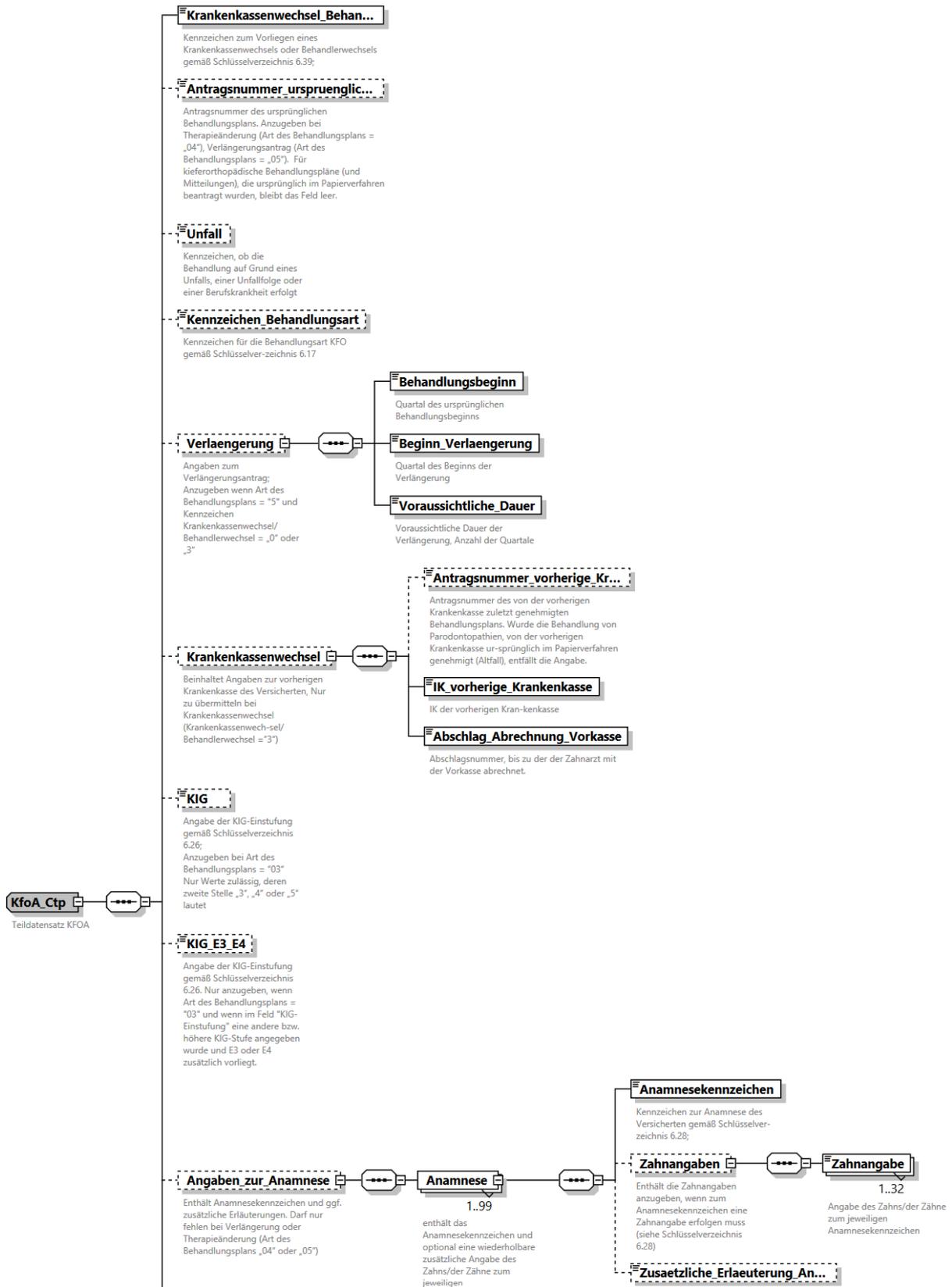
Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Material- und Labor-kosten	4..8	an	K	0-1	Eurobetrag der ge-schätzten Material- und Laborkosten ab Behand-lungseinstieg. Bei Anträgen auf Thera-pieänderung und Ver-längerungsanträgen (Art des Behandlungsplans = „04“ oder „05“) sind die Kosten anzugeben, die ab der Therapieän-derung bzw. ab der Ver-längerung voraussicht-lich entstehen.	„0,01“ bis „99999,99“
Gesamtkosten	4..8	an	M	1	Eurobetrag der voraus-sichtlichen Gesamtkos-ten ab Behandlungseinstieg. Bei Anträgen auf Thera-pieänderung und Ver-längerungsanträgen (Art des Behandlungsplans = „04“ oder „05“) sind die Gesamtkosten bezo-gen auf die Therapieän-derung bzw. auf die Ver-längerung anzugeben.	„0,01“ bis „99999,99“

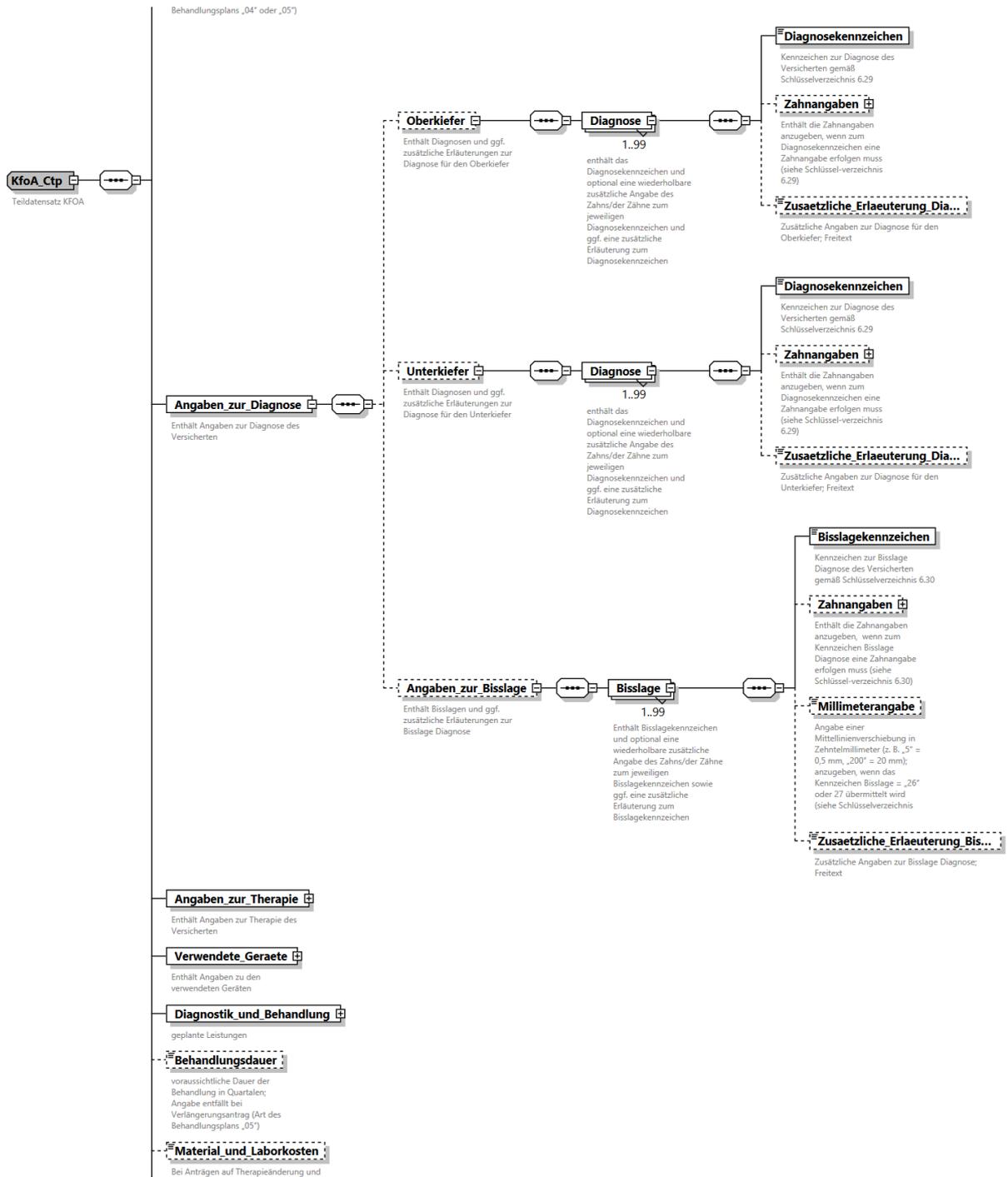
4.6.5.1 Verwendung der Kennzeichen Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel und der davon abhängigen Datenelemente

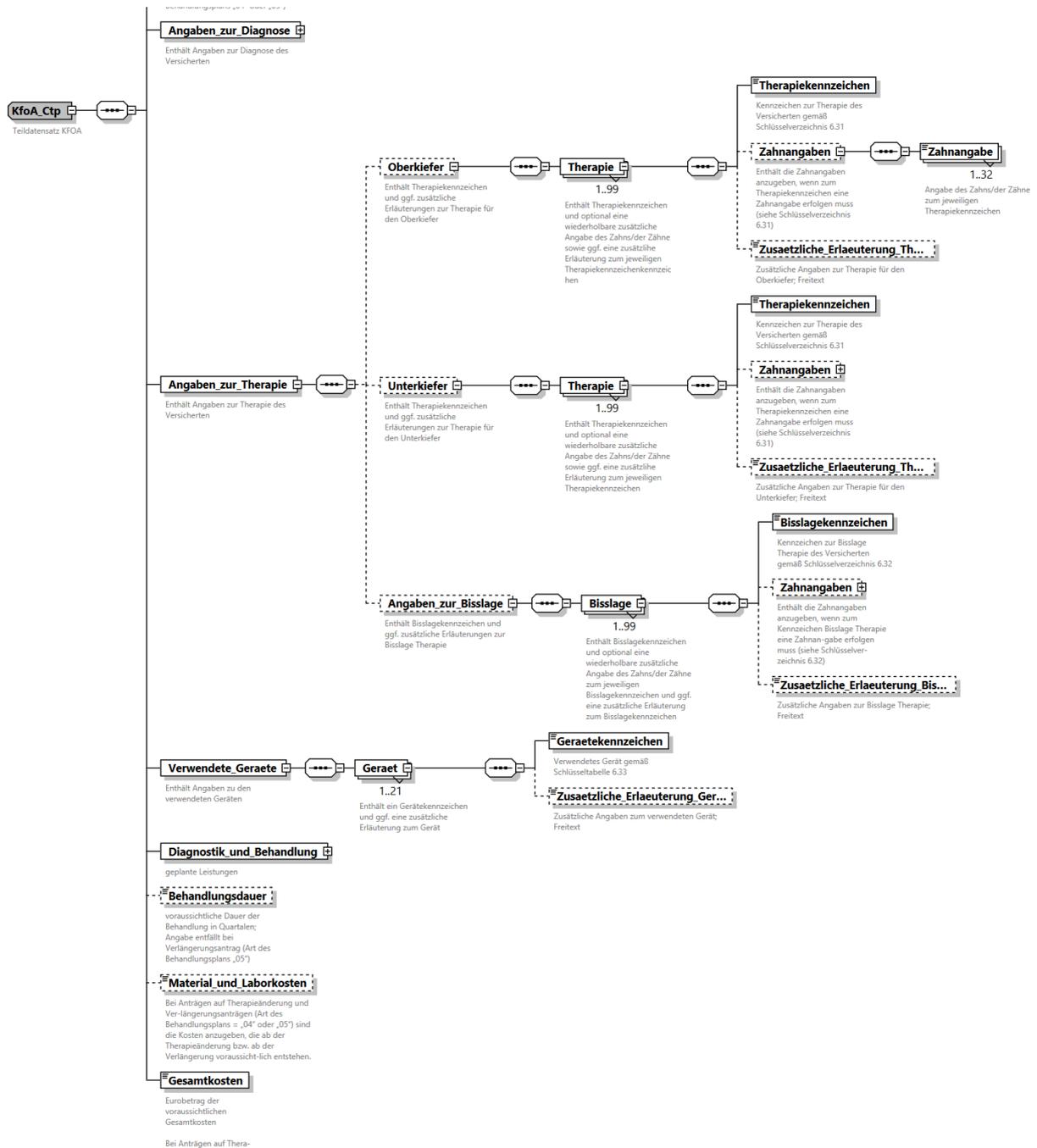
Kennzeichen „Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel“	Feldgruppe „Krankenkassenwechsel“ vorhanden?	Datenfeld „Quartal Behandlungseinstieg“ vorhanden?	Antragsdatensatz Enthält die zuletzt (ggf. von der vorherigen Krankenkasse) bewilligten Antragsdaten?
0	nein	nein	nein (Neudaten)
1	nein	ja	ja (Altdaten)
2	nein	nein	nein (Neudaten)
3	ja	nein	ja (Altdaten)
4	ja	ja	ja (Altdaten)
5	ja	nein	nein (Neudaten)
6	ja	ja	ja (Altdaten)

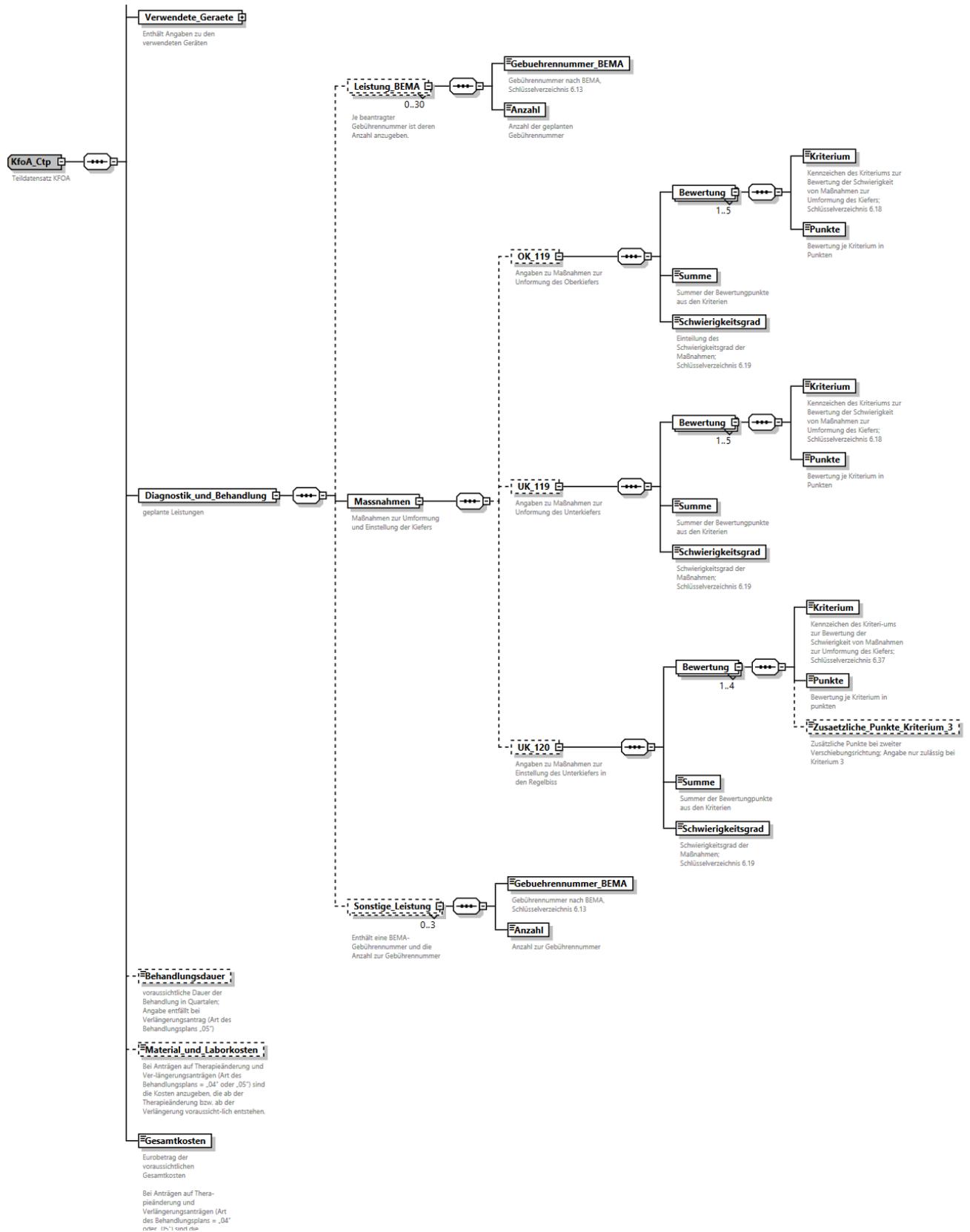
Altdaten beinhalten den zuletzt genehmigten Behandlungsplan. Wenn der neue Behandler bei einer Planübernahme eine Therapieänderung oder eine Verlängerung beantragen möchte, muss zunächst der zuletzt genehmigte Antrag an die Krankenkasse übermittelt werden. Die Therapieänderung oder Verlängerung muss danach separat beantragt werden.

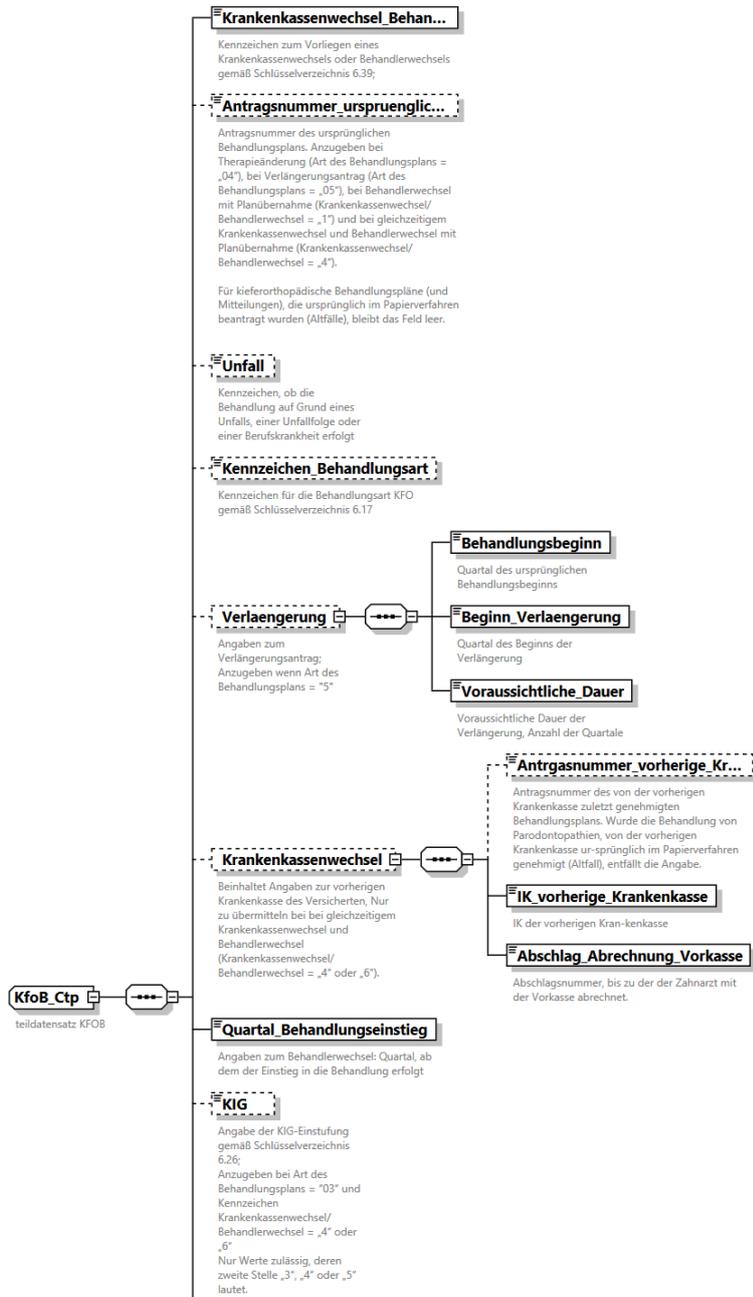


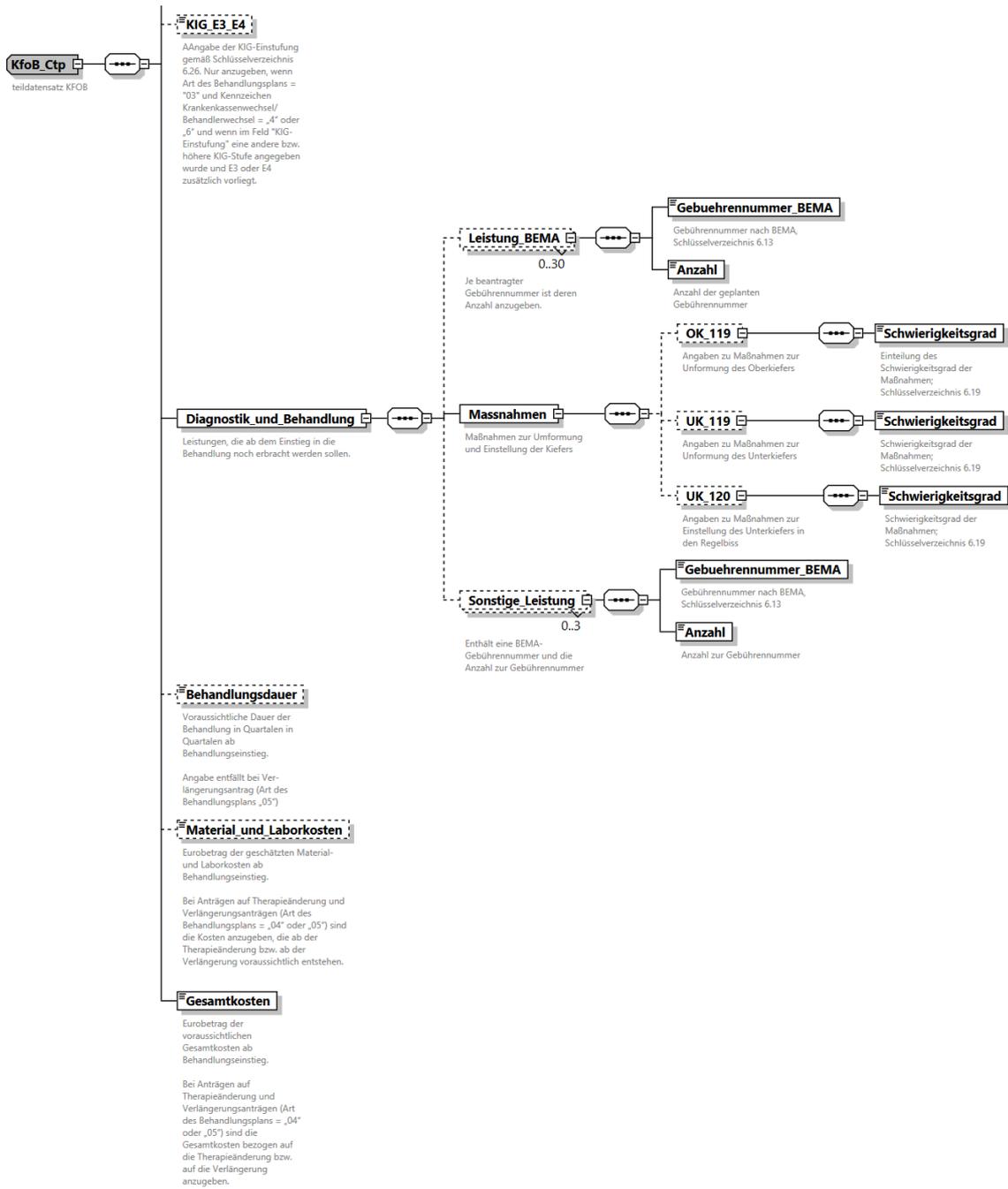












4.6.6 Anzeige einer Behandlung bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V (PMB)

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Verarbeitungskennzeichen	2	n	M	1	Verarbeitungskennzeichen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.27	„10“ oder „21“
Antragsnummer	30	an	M	1	Eindeutige Antragsnummer; Die Antragsnummer muss eindeutig sein und für jeden erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelten Antrag neu vergeben werden. Eine Mehrfachvergabe ist ausgeschlossen.	Stelle 1-9: Abrechnungsnummer Stelle 10-11: Antragsjahr aus dem Ausstellungsdatum Stelle 12-13: Antragsmonat („01“ bis „12“) aus dem Ausstellungsdatum Stelle 14-15: Leistungsbereich („PM“) Stelle 16-30: praxisinterne Nummer (I0-9a-zA-Z)
Ausstellungsdatum	8	n	M	1	Ausstellungsdatum des Behandlungsplans	im Format JJJJMMTT
Art des Behandlungsplans	2	an	M	1	Art des Behandlungsplans gemäß Schlüsselverzeichnis 6.3	„07“

- a) Teildatensatz A (PMBA), anzuwenden für folgende Fälle nach der Schlüsselliste 6.39:
- kein Krankenkassenwechsel und kein Behandlerwechsel (0),
 - Behandlerwechsel mit Neuplanung (2),
 - Krankenkassenwechsel (3)

Für die Fälle "Behandlerwechsel Planübernahme" (1) und "Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Behandlerwechsel mit Planübernahme erfolgt" (6) siehe Teildatensatz B.

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel	1	n	M	1	Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassenwechsels oder Behandlerwechsels gemäß Schlüsselverzeichnis 6.39;	„0“, „2“ oder „3“

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans; anzugeben bei Verarbeitungskennzeichen „21“	
Begründungen			M	1	Feldgruppe; enthält mindestens ein Kennzeichen zur Begründung der modifizierten PAR-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V	
Begründung	1	n	M	1-4	Kennzeichen zur Begründung der modifizierten PAR-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Schlüsselverzeichnis 6.46	„1“ bis „4“
Geplante Leistungen			M	1	Feldgruppe	
Anzahl Gebührennummer 4	1	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer 4	„1“
AITa			K	0-1	Feldgruppe; enthält Angaben zur Gebührennummer AITa	
Zahnangaben			M	1	Feldgruppe	
Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
Anzahl	1..2	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer AITa	„1“ bis „99“
AITb			K	0-1	Feldgruppe; enthält Angaben zur Gebührennummer AITb	
Zahnangaben			M	1	Feldgruppe	
Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
Anzahl	1..2	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer AITb	„1“ bis „99“
CPTa			K	0-1	Feldgruppe; enthält Angaben zur Gebührennummer CPTa	
Zahnangaben			M	1	Feldgruppe	
Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
Anzahl	1..2	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer CPTa	„1“ bis „99“

		CPTb			K	0-1	Feldgruppe; enthält Angaben zur Gebüh- rennummer CPTb	
		Zahnangaben			M	1	Feldgruppe	
		Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
		Anzahl	1..2	n	M	1	Geplante Anzahl zur Gebührennummer CPTb	„1“ bis „99“
		Krankenkassen- wechsel			K	0-1	Feldgruppe, optional Ausschließlich zu übermitteln bei Kran- kenkassenwechsel (Krankenkassenwech- sel/Behandlerwechsel = „3“).	
		Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse	30	an	K	0-1	Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behand- lungsplans Darf nur fehlen, wenn die Behandlung ur- sprünglich im Papier- verfahren angezeigt wurde (Altfall).	
		IK vorherige Kran- kenkasse	9	an	M	1	IK der vorherigen Krankenkasse (Haupt- IK, wenn bekannt, sonst Abrechnungs- IK)	
		Leistungen vorherige Krankenkasse			M	1	Feldgruppe Enthält die Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abge- rechnet werden.	
		Anzahl Ge- bühren- nummer 4	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer 4	„1“
		Anzahl Ge- bühren- nummer AITa	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITa	„0“ bis „99“
		Anzahl Ge- bühren- nummer AITb	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITb	„0“ bis „99“
		Anzahl Ge- bühren- nummer CPTa	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer CPTa	„0“ bis „99“
		Anzahl Ge- bühren- nummer CPTb	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer CPTb	„0“ bis „99“

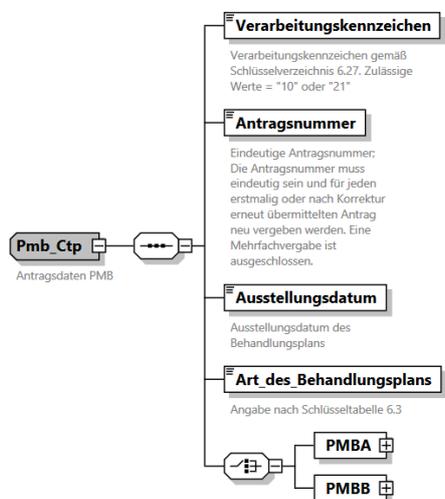
				Erste Leistung UPT	8	n	M	1	Datum, zu dem die erste Leistung nach BEMA-Nr. UPT erbracht wurde	im Format JJJJMMTT
--	--	--	--	--------------------	---	---	---	---	---	--------------------

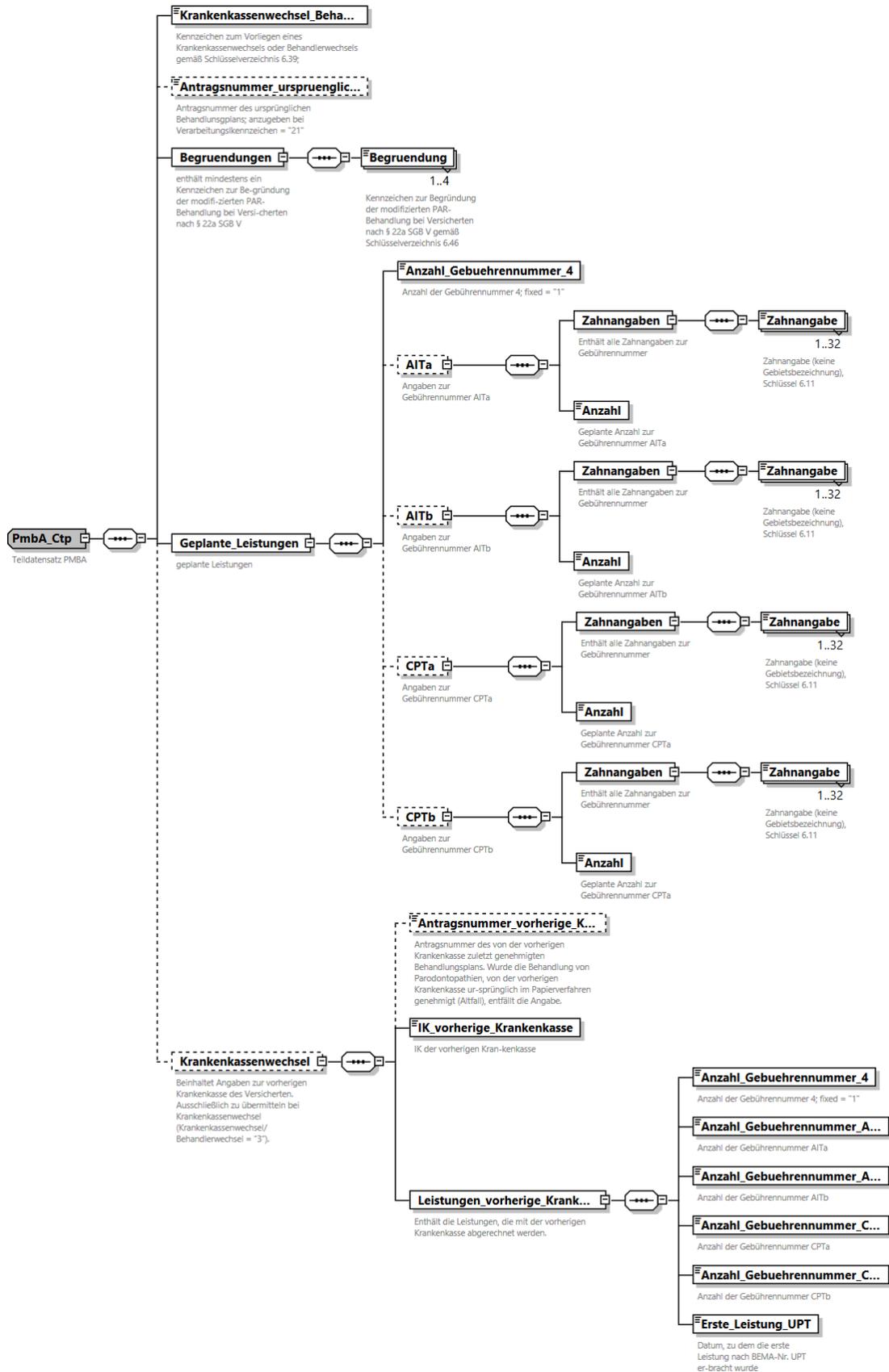
- b) Teildatensatz B (PMBB), anzuwenden für folgende Fälle nach der Schlüsselliste 6.39:
- Behandlerwechsel mit Planübernahme (1),
 - Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Behandlerwechsel mit Planübernahme erfolgt (6)

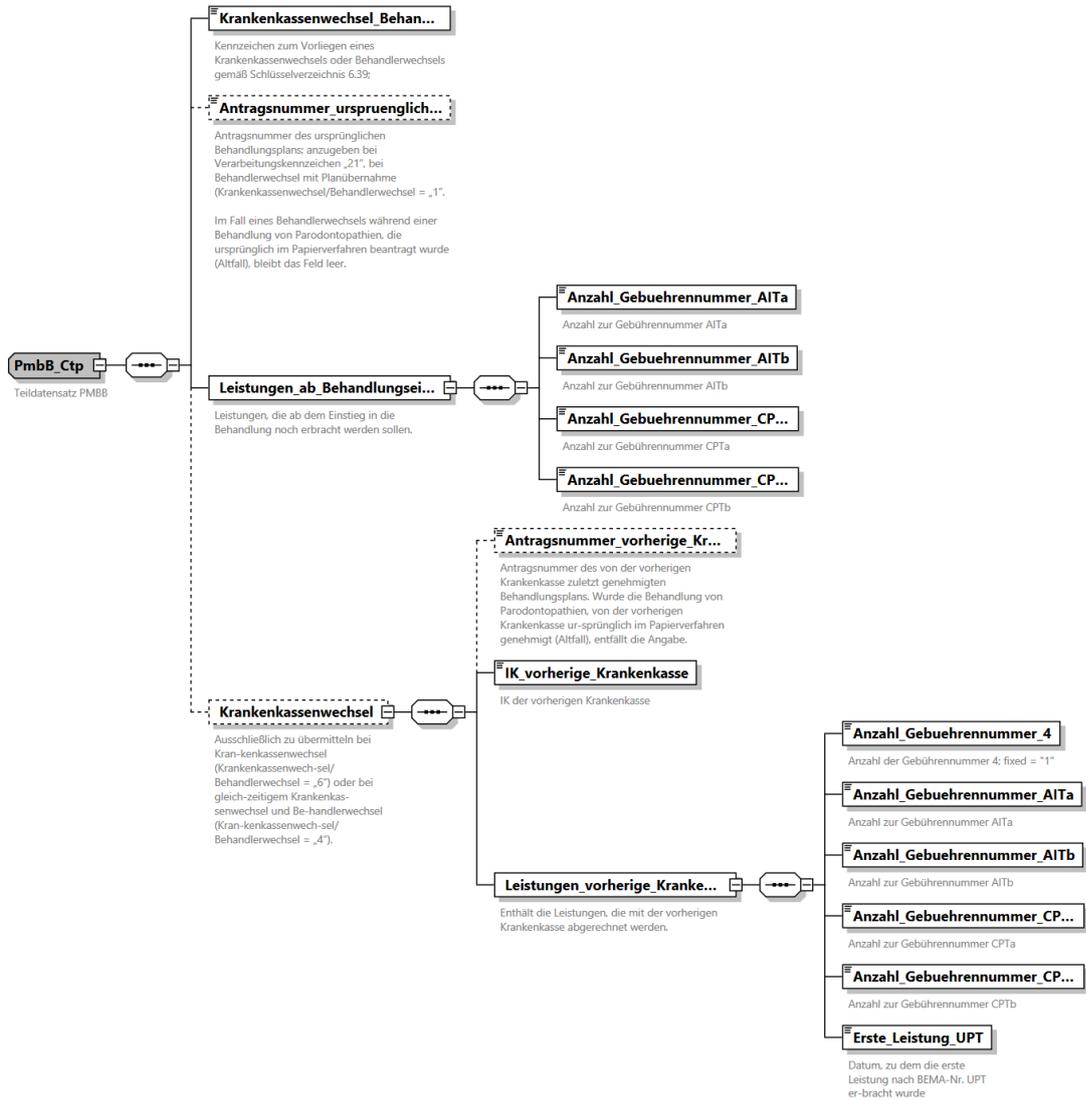
Für die Fälle "kein Krankenkassenwechsel und kein Behandlerwechsel" (0), "Behandlerwechsel mit Neuplanung" (2), "Krankenkassenwechsel" (3) siehe Teildatensatz A.

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel	1	n	M	1	Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassenwechsels oder Behandlerwechsels gemäß Schlüsselverzeichnis 6.39;	„1“ oder „6“
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans; anzugeben bei Verarbeitungskennzeichen „21“ oder Antragsnummer des Behandlungsplans, in den eingestiegen wird, bei Behandlerwechsel mit Planübernahme (Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „1“). Im Fall eines Behandlerwechsels während einer Behandlung von Parodontopathien, die ursprünglich im Papierverfahren angezeigt wurde (Altfall), bleibt das Feld leer.	
Leistungen ab Behandlungseinstieg PMB			M	1	Feldgruppe;	
Anzahl Gebührennummer AITa	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITa	„0“ bis „99“
Anzahl Gebührennummer AITb	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITb	„0“ bis „99“

	Anzahl Gebührennummer CPTa	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer CPTa	„0“ bis „99“
	Anzahl Gebührennummer CPTb	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer CPTb	„0“ bis „99“
	Krankenkassenwechsel			K	0-1	Feldgruppe, Ausschließlich zu übermitteln bei Krankenkassenwechsel (Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „6“).	
	Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse	30	an	K	0-1	Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplans“, in den eingestiegen wird. Darf nur fehlen, wenn die Behandlung ursprünglich im Papierverfahren angezeigt wurde (Altfall).	
	IK vorherige Krankenkasse	9	an	M	1	IK der vorherigen Krankenkasse (Haupt- IK, wenn bekannt, sonst Abrechnungs- IK)	
	Leistungen vorherige Krankenkasse			M	1	Feldgruppe Enthält die Leistungen, die mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden.	
	Anzahl Gebührennummer 4	1	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer 4	„1“
	Anzahl Gebührennummer AITa	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITa	„0“ bis „99“
	Anzahl Gebührennummer AITb	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer AITb	„0“ bis „99“
	Anzahl Gebührennummer CPTa	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer CPTa	„0“ bis „99“
	Anzahl Gebührennummer CPTb	1..2	n	M	1	Abgerechnete Anzahl zur Gebührennummer CPTb	„0“ bis „99“
	Erste Leistung UPT	8	n	M	1	Datum, zu dem die erste Leistung nach BEMA-Nr. UPT erbracht wurde	im Format JJJJMMTT







4.6.7 Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT)

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Verarbeitungskennzeichen	2	n	M	1	Verarbeitungskennzeichen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.27	„10“
Antragsnummer	30	an	M	1	Eindeutige Antragsnummer; Die Antragsnummer muss eindeutig sein und für jeden erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelten Antrag neu vergeben werden. Eine Mehrfachvergabe ist ausgeschlossen.	Stelle 1-9: Abrechnungsnummer Stelle 10-11: Antragsjahr aus dem Ausstellungsdatum Stelle 12-13: Antragsmonat („01“ bis „12“) aus dem Ausstellungsdatum Stelle 14-15: Leistungsbereich („UP“) Stelle 16-30: praxisinterne Nummer ([0-9a-zA-Z])
Ausstellungsdatum	8	n	M	1	Ausstellungsdatum des UPT-Verlängerungsantrages	im Format JJJJMMTT
Art des Behandlungsplans	2	an	M	1	Art des Behandlungsplans gemäß Schlüsselverzeichnis 6.3	„02“

- a) Teildatensatz A (UPTA), anzuwenden für folgende Fälle nach der Schlüsselliste 6.39:
- kein Krankenkassenwechsel und kein Behandlerwechsel (0),
 - Krankenkassenwechsel (3),

Für die Fälle "Behandlerwechsel Planübernahme" (1) und "Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Behandlerwechsel mit Planübernahme erfolgt" (6) siehe Teildatensatz B.

Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel	1	n	M	1	Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassenwechsels oder Behandlerwechsels gemäß Schlüsselverzeichnis 6.39;	„0“ oder „3“
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (Parodontalstatus), auf den sich der UPT-	

					Verlängerungsantrag bezieht; Eine UPT-Behandlung kann nur einmal verlängert werden. Für Behandlungen von Parodontopathien, die ursprünglich im Papierverfahren beantragt wurden, bleibt das Feld leer.	
Datum Parodontalstatus	8	n	M	1	Datum Parodontalstatus vom...	Im Format JJJJMMTT
Grad	1	an	M	1	Grad der Progression aus dem Parodontalstatus	„A“, „B“ oder „C“
Datum erste UPT	8	n	M	1	Datum der ersten UPT-Leistung	im Format JJJJMMTT
Zahnangaben			M	1	Feldgruppe; enthält die Zahnangaben aller noch behandlungsbedürftigen Parodontien	
Zahnangabe	2	n	M	1-32	Zahnangabe (keine Gebietsbezeichnung), Schlüssel 6.11;	
Dauer Verlängerung	1..2	n	M	1	Beantragte Gesamtdauer der Verlängerung in Monaten, Regelzeitraum = „6“ (6 Monate). Wird eine Verlängerung über den Regelzeit von 6 Monaten hinaus beantragt, ist die Anzahl der Monate von „7“ bis „99“ anzugeben.	„6“ bis „99“
Begründung	1..600	an	K	0-1	Begründung der Verlängerung über den Regelzeitraum hinaus; Freitext; anzugeben, wenn ein Verlängerung über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus beantragt wird	

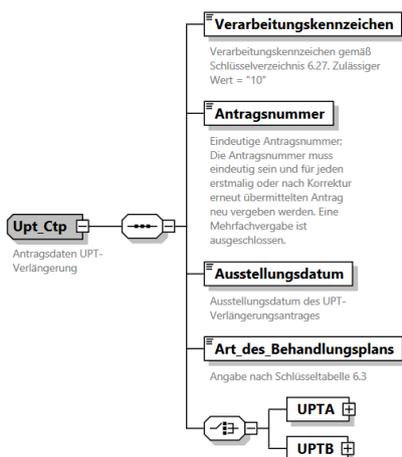
	Krankenkassenwechsel			K	0-1	Feldgruppe, optional Zwingend zu übermitteln bei Kennzeichen Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „3“	
	Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse	30	an	K	0-1	Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse genehmigten Verlängerungsantrags Darf nur fehlen, wenn die Behandlung von der vorherigen Krankenkasse ursprünglich im Papierverfahren genehmigt wurde (Altfall).	
	IK vorherige Krankenkasse	9	an	M	1	IK der vorherigen Krankenkasse (Haupt- IK, wenn bekannt, sonst Abrechnungs- IK)	
	Zuletzt erbrachte UPT	1	n	M	1	Nummer der zuletzt erbrachten UPT (nicht UPT-Leistung) in der Abfolge der erbrachten UPT	„0“ sofern noch keine UPT erbracht wurde

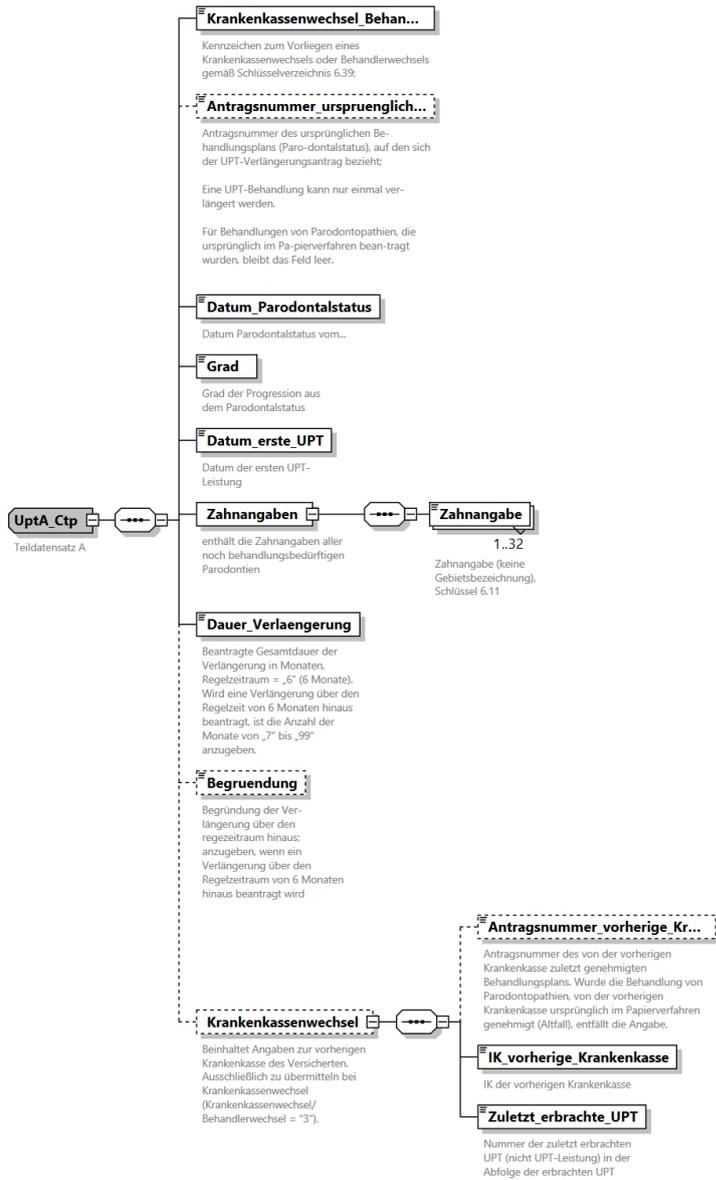
- b) Teildatensatz B (UPTB), anzuwenden für folgende Fälle nach der Schlüsselliste 6.39:
- Behandlerwechsel mit Planübernahme (1),
 - Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Behandlerwechsel mit Planübernahme erfolgt (6)

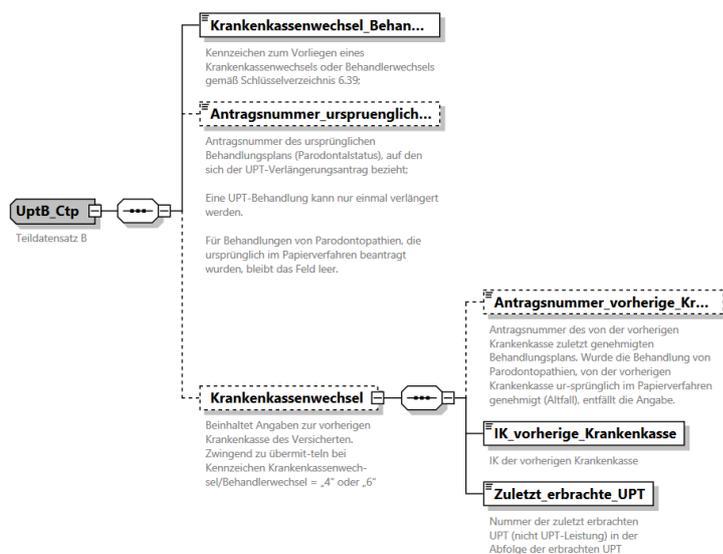
Für die Fälle "kein Krankenkassenwechsel und kein Behandlerwechsel" (0) und "Krankenkassenwechsel" (3) siehe Teildatensatz A.

Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel	1	n	M	1	Kennzeichen zum Vorliegen eines Krankenkassenwechsels oder Behandlerwechsels gemäß Schlüsselverzeichnis 6.39;	„1“ oder „6“
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans (Parodontalstatus), auf den sich der UPT-Verlängerungsantrag bezieht; Eine UPT-Behandlung kann nur einmal verlängert werden. Für Behandlungen von Parodontopathien, die	

						ursprünglich im Papierverfahren beantragt wurden, bleibt das Feld leer.	
	Krankenkassenwechsel			K	0-1	Feldgruppe, optional Zwingend zu übermitteln bei Kennzeichen Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel = „6“	
	Antragsnummer bei vorheriger Krankenkasse	30	an	K	0-1	Antragsnummer des von der vorherigen Krankenkasse genehmigten Verlängerungsantrags, in den eingestiegen wird. Darf nur fehlen, wenn die Behandlung von der vorherigen Krankenkasse ursprünglich im Papierverfahren genehmigt wurde (Altfall).	
	IK vorherige Krankenkasse	9	an	M	1	IK der vorherigen Krankenkasse (Haupt- IK, wenn bekannt, sonst Abrechnungs- IK)	
	Zuletzt erbrachte UPT	1	n	M	1	Nummer der zuletzt erbrachten UPT (nicht UPT-Leistung) in der Abfolge der erbrachten UPT	„0“ sofern noch keine UPT erbracht wurde





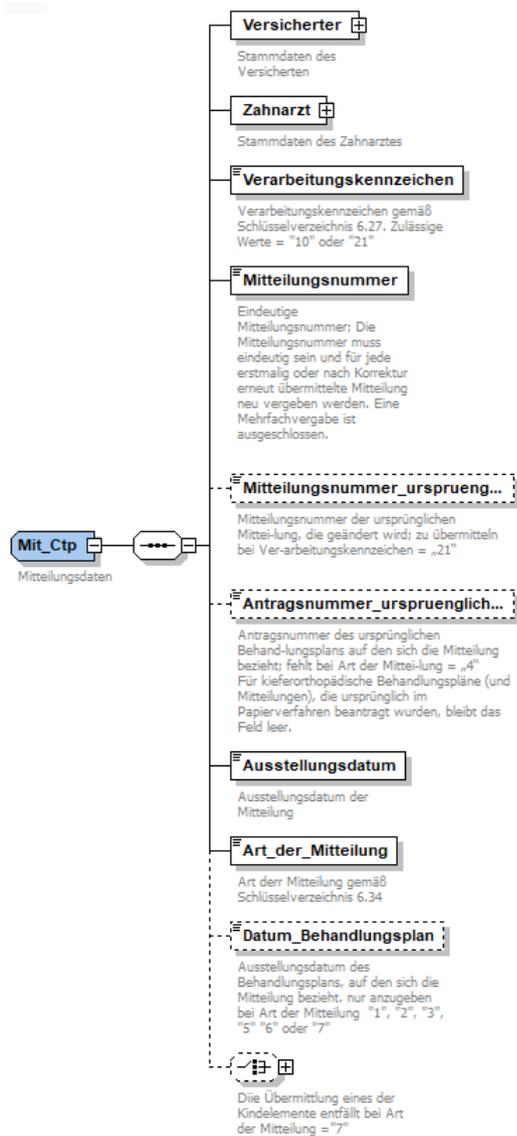


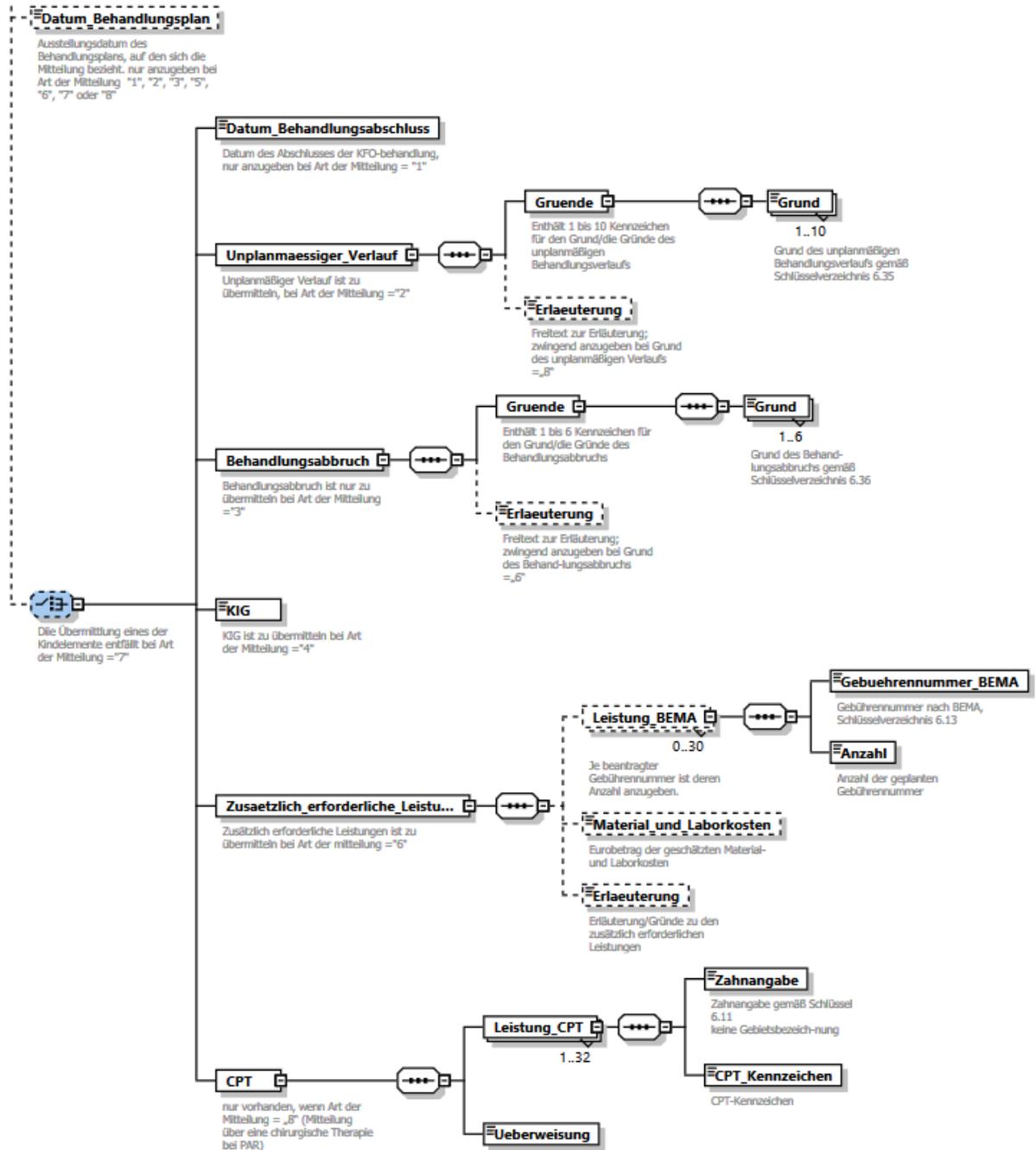
4.7 Mitteilung an die Krankenkasse (MIT)

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Verarbeitungskennzeichen	2	n	M	1	Verarbeitungskennzeichen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.27	„10“ bei Art der Mitteilung „1“ bis „6“ ; „10“ oder „21“ bei Art der Mitteilung „7“ oder „8“
Mitteilungsnummer	30	an	M	1	Eindeutige Mitteilungsnummer; die Mitteilungsnummer muss eindeutig sein und für jede erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelter Mitteilung neu vergeben werden. Eine Mehrfachvergabe ist ausgeschlossen.	Stelle 1-9: Abrechnungsnummer Stelle 10-11: Antragsjahr aus dem Ausstellungsdatum Stelle 12-13: Antragsmonat („01“ bis „12“) aus dem Ausstellungsdatum Stelle 14-15: Leistungsbereich („PA“, „ZE“, „KF“) Stelle 16-30: praxisinterne Nummer (I0-9a-zA-Z)
Mitteilungsnummer der ursprünglichen Mitteilung	30	an	K	0-1	Mitteilungsnummer der ursprünglichen Mitteilung, die geändert wird; zu übermitteln bei Verarbeitungskennzeichen = „21“	
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	30	an	K	0-1	Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans auf den sich die Mitteilung bezieht; fehlt bei Art der Mitteilung = „4“ Für kieferorthopädische Behandlungspläne (und Mitteilungen) und für Behandlungen von Parodontopathien, die ursprünglich im Papierverfahren beantragt wurden, bleibt das Feld leer. Bei den BEMA-Teilen 2 und 5 ist ein Wechsel von Papier- zu Datenaustauschverfahren	

					nicht zulässig. Daher muss für ZE, KGL bei Bezugnahme auf einen vorherigen Antrag immer eine ursprüngliche Antragsnummer geliefert werden.	
Ausstellungsdatum	8	n	M	1	Ausstellungsdatum der Mitteilung	im Format JJJJMMTT
Art der Mitteilung	1	n	M	1	Art der Mitteilung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.34	
Datum Behandlungsplan	8	n	K	0-1	Ausstellungsdatum des Behandlungsplans, auf den sich die Mitteilung bezieht. Nur anzugeben bei Art der Mitteilung „1“, „2“, „3“, „5“, „6“, „7“ und „8“	im Format JJJJMMTT
Datum Behandlungsabschluss	8	n	K	1	Datum Behandlungsabschluss optional; nur vorhanden, wenn Art der Mitteilung = „1“ (Behandlungsabschluss)	im Format JJJJMMTT
Unplanmäßiger Verlauf			K	0-1	Feldgruppe optional; nur vorhanden, wenn Art der Mitteilung = „2“ (unplanmäßiger Verlauf)	
Gründe			M	1		
Grund	1-2	n	M	1-10	Grund des unplanmäßigen Behandlungsverlaufs gemäß Schlüsselverzeichnis 6.35;	
Erläuterung	1..600	an	K	0-1	Freitext zur Erläuterung; zwingend anzugeben bei Grund des unplanmäßigen Verlaufs = „8“ oder „10“	
Behandlungsabbruch			K	0-1	Feldgruppe optional; nur vorhanden, wenn Art der Mitteilung = „3“ (Behandlungsabbruch)	
Gründe			M	1		
Grund	1	n	M	1-6	Grund des Behandlungsabbruchs gemäß Schlüsselverzeichnis 6.36	
Erläuterung	1..600	an	K	0-1	Freitext zur Erläuterung; zwingend anzugeben bei Grund des	

							Behandlungsabbruchs =„6“	
KIG		2	an	K	0-1	KIG-Einstufung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.26; optional, nur an- zugeben bei Art der Mitteilung =“4“ (KIG- Mitteilung); Nur Werte zulässig, deren zweite Stelle „1“ oder „2“ lautet		
	Zusätzlich erforder- liche Leistungen			K	0-1	Feldgruppe optional; nur vorhanden, wenn Art der Mitteilung = „6“ (zusätzlich erforderli- che Leistungen)		
	Leistung BEMA			K	0-30	Feldgruppe, wiederhol- bar		
	Gebühren- nummer BEMA	1..5	an	M	1	Gebührennummer nach BEMA, Schlüs- selverzeichnis 6.13		
	Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl zur Gebühren- nummer	„1“ bis „99“	
	Material- und Laborkosten	4..8	an	K	0-1	Eurobetrag der ge- schätzten Material- und Laborkosten	„0,01“ bis „99999,99“	
	Erläuterung	1..600	an	K	0-1	Erläuterung/Gründe zu den zusätzlich erfor- derlichen Leistungen		
	CPT			K	0-1	Feldgruppe optional; nur vorhanden, wenn Art der Mitteilung = „8“ (Mitteilung über eine chirurgische Therapie bei PAR)		
	Leistung CPT			M	1-32	Feldgruppe; wiederhol- bar		
	Zahnangabe	2	an	M	1	Zahnangabe gemäß Schlüssel 6.11 keine Gebietsbezeich- nung		
	CPT- Kennzeichen	1	n	M	1	CPT-Kennzeichen	„1“ = CPTa „2“ = CPTb	
	Überweisung	1	an	M	1	Kennzeichen, dass der Patient zur Durchfüh- rung der CPT an einen spezialisierten Zahn- arzt überwiesen wurde	„0“= nein, „1“ = ja	





4.8 Antwortdaten (ANW)

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Verarbeitungskennzeichen	2	n	M	1	Verarbeitungskennzeichen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.27	„10“, „22“ – „26“
Antragsnummer/Mitteilungsnummer	30	an	M	1	Eindeutige Antrags- oder Mitteilungsnummer des Antragsdatensatzes oder des Mitteilungsdatensatzes, auf den sich die Antwort bezieht; Die Antragsnummer muss eindeutig sein und für jeden erstmalig oder nach Korrektur erneut übermittelten Antrag neu vergeben werden. Eine Mehrfachvergabe ist ausgeschlossen.	Stelle 1-9: Abrechnungsnummer Stelle 10-11: Antragsjahr aus dem Ausstellungsdatum Stelle 12-13: Antragsmonat („01“ bis „12“) aus dem Ausstellungsdatum Stelle 14-15: Leistungsbereich („PA“, „ZE“, „KG“, „KF“, „PM“, „KB“, „UP“) Stelle 16-30: praxisinterne Nummer ([0-9a-zA-Z])
Antwortkennzeichen	1	n	M	1	Kennzeichen zur Entscheidung der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 6.8	
Begründungen			K	0-1	Feldgruppe	
Begründung	2	an	M	1-5	Kennzeichen Begründung gemäß Schlüsselverzeichnis 6.9 Nur anzugeben bei Ablehnung des Antrags oder bei Bewilligung nach Gutachten Jeder Schlüsselwert darf nur einmal übermittelt werden	„01“ bis „15“
Erläuterung	1..600	an	K	0-1	Freitext für zusätzliche Erläuterungen muss übermittelt werden bei Begründungskennzeichen = „01“, „13“ und „15“ (siehe Schlüsselverzeichnis 6.9)	
Datum der Entscheidung	8	n	M	1	Datum der Entscheidung der Krankenkasse	im Format JJJJMMTT

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Endedatum	8	n	K	0-1	Ende des Gültigkeitszeitraumes der Bewilligung. Datum, bis zu dem Leistungen erbracht werden dürfen Nur vorhanden, wenn Verarbeitungskennzeichen = „22“ „23“ oder „26“ (Schlüsselverzeichnis 6.27)	im Format JJJJMMTT
Angaben zur Bewilligung von Zahnersatz			K	0-1	Feldgruppe optional; nur vorhanden bei der Genehmigung von Zahnersatz oder der Korrektur der Zuschusshöhe (Bonusstufe/Härtefall)	
Zuschusshöhe	1	n	M	1	Höhe des von der Krankenkasse festgestellten Zuschusses gemäß Schlüsselverzeichnis 6.38 Angabe „3“ nur möglich, wenn Härtefall =“1“	„0“ bis „3“
Härtefall	1	n	K	0-1	Härtefallkennzeichen; Vorhanden wenn ein Härtefall vorliegt und gleichzeitig Zuschusshöhe =“3“	„1“
Festzuschüsse			M	1	Feldgruppe	
Befund für Festzuschuss			M	1..99	Feldgruppe, wiederholbar	
Befundnummer	3..5	an	M	1	Genehmigte Befundnummer gemäß Schlüsselverzeichnis 6.12	
Anzahl	1..2	n	M	1	Anzahl zur Befundnummer	„1“ bis „99“
Festzuschussbetrag	4..8	an	M	1	Eurobetrag des für diese Befundnummer insgesamt genehmigten Festzuschusses	„0,01“ bis „99999,99“
Summe Festzuschussbeträge	4..8	an	M	1	Eurobetrag der Summe der insgesamt genehmigten Festzuschüsse	„0,01“ bis „99999,99“
Angaben zur Bewilligung von KFO			K	0-1	Feldgruppe optional; nur Vorhanden bei der Genehmigung von kieferorthopädischer Behandlung oder der Korrektur der Zuschusshöhe	

Elementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Vor-kom-men	Erläuterung	Inhalt
Zuschuss KFO	2	n	M	1	Höhe des Zuschusses der Krankenkasse in %	„80“, „90“
Anspruchsbeginn	6	an	M	1	Beginn des Anspruchs; Quartalsangabe	im Format JJJJ-Q

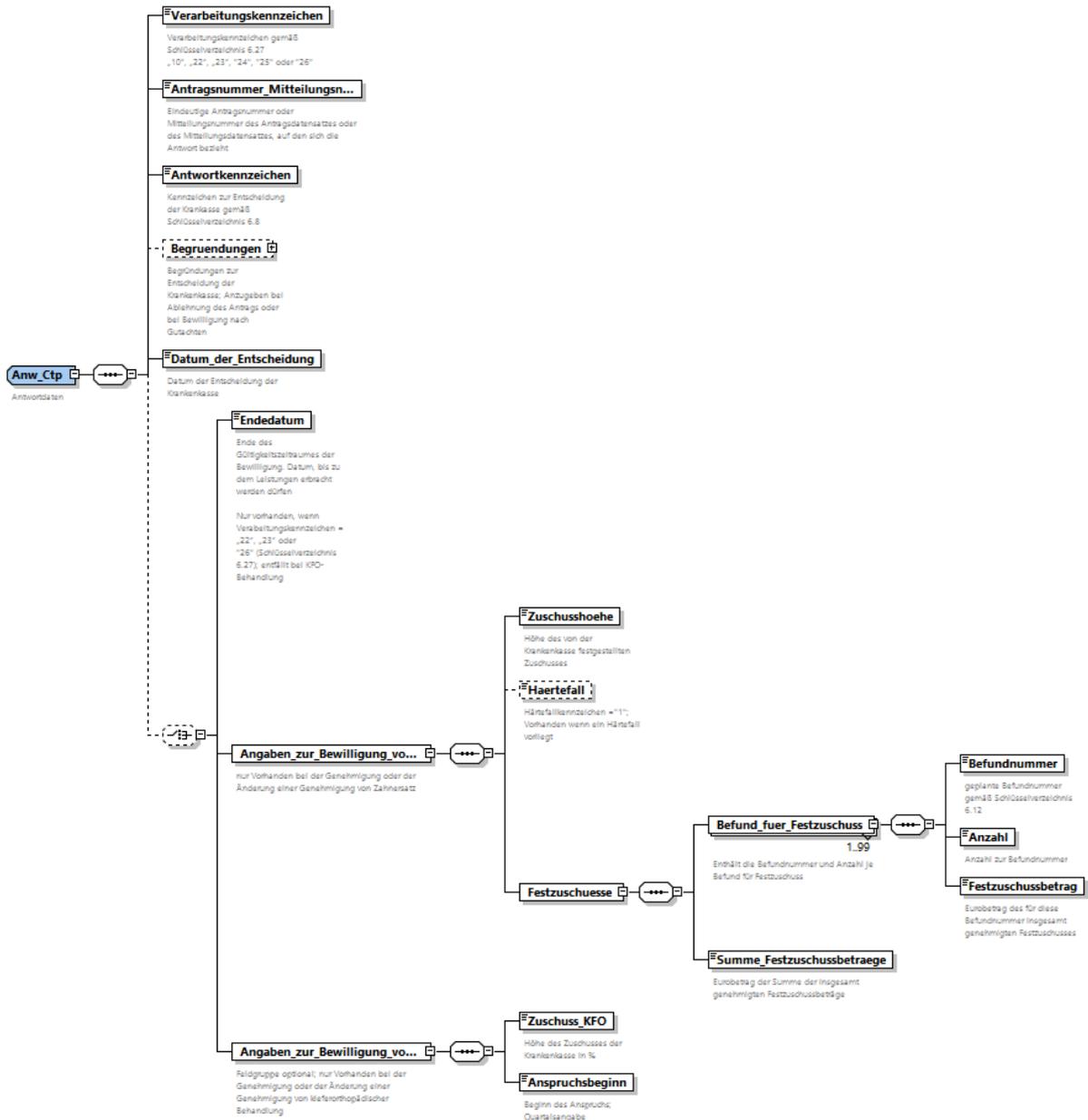
4.8.1 Übermittlung von Antwortnachrichten durch die Krankenkasse

Die folgende Übersicht stellt dar, auf welche Antrags-, Anzeige- oder Mitteilungsnachrichten die Krankenkasse mit einer Antwortnachricht reagiert und welche dieser Nachrichten nicht beantwortet werden. Die Angaben gelten unabhängig vom Verarbeitungskennzeichen der Antrags-
 Anzeige-,
 Mitteilungsnachricht.

Im Falle einer fehlenden Versicherung antwortet die Krankenkasse mit einer ANW-Nachricht (Kennzeichen 6.8), wenn ihr der Versicherte bekannt ist.

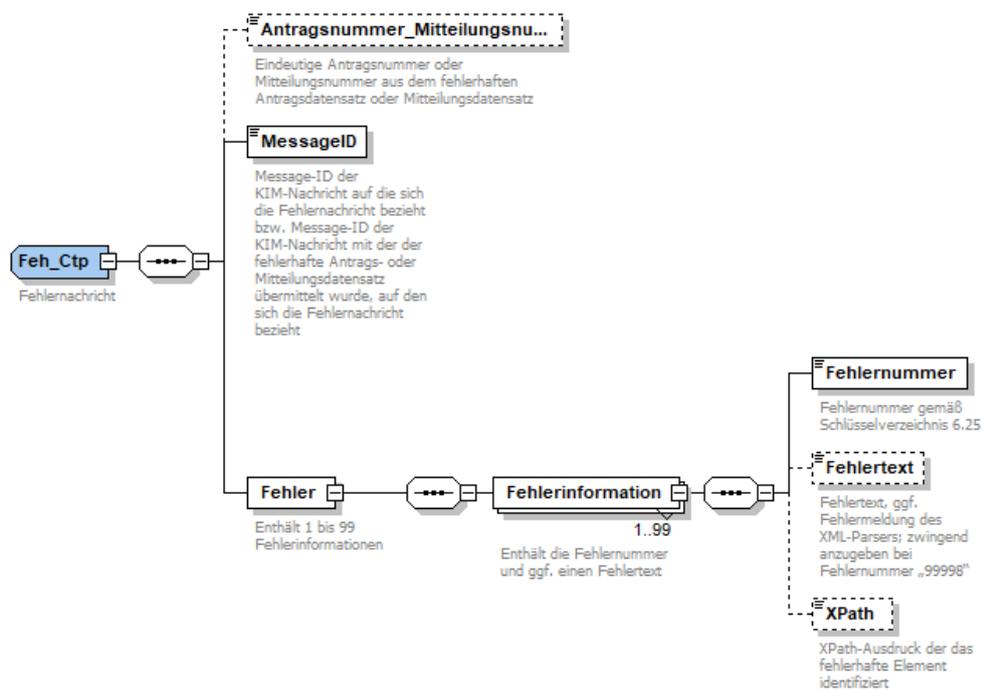
Nachrichtentyp (6.10)	Art des Behandlungsplans (6.3) bzw. Art der Mitteilung (6.34)	Beschreibung der Antrags-, Anzeige-, Mitteilungsnachricht	ANW-Nachricht durch die Krankenkasse	Erläuterung
PAR	01	Behandlungsplan bei PAR	ja	Gilt auch bei Behandlerwechsel und/oder Krankenkassenwechsel
UPT	02	Verlängerungsantrag bei UPT	ja	
ZER	06	Heil- und Kostenplan bei ZER	ja	
	08	Wiederherstellung/Erweiterung bei ZER	ja	
KGL	entfällt	Beantragung von Leistungen bei Kiefergelenkserkrankung (KGL)	ja	
KBR	entfällt	Anzeige von Leistungen bei Kieferbruch (KBR)	nein	
KFO	03	Behandlungsplan bei KFO	ja	Gilt auch bei Behandlerwechsel und/oder Krankenkassenwechsel
	04	Therapieänderung bei KFO	ja	
	05	Verlängerungsantrag bei KFO	ja	
PMB	07	Anzeige einer Behandlung bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V bei PMB	nein	

MIT	1	Planmäßiger Abschluss der Behandlung (KFO): Die kieferorthopädische Behandlung wurde in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen.	nein	
	2	Unplanmäßiger Verlauf (KFO)	nein	
	3	Behandlungsabbruch (KFO)	nein	
	4	KIG-Mitteilung (KFO)	nein	
	5	Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung (KFO)	ja	
	6	Zusätzlich erforderliche Leistungen (KFO)	ja	Eine Antwort erfolgt nur, wenn die Krankenkasse den zusätzlich erforderlichen Leistungen nicht zustimmt
	7	Verlängerung Heil- und Kostenplan (ZE)	ja	
	8	Mitteilung über eine chirurgische Therapie (PAR)	nein	Szenario fehlt noch



4.9 Fehlernachricht (FEH)

Elementname	Anz. Stell.	Feldtyp	Feldart	Vorkommen	Erläuterung	Inhalt
Antragsnummer/Mitteilungsnummer	30	an	K	0-1	Eindeutige Antrags- bzw. Mitteilungsnummer aus dem fehlerhaften Antrags- oder Mitteilungsdatensatz Nicht vorhanden, wenn Fehlernummer gemäß Schlüsselverzeichnis 6.25= „01201“ „01202“ „01307“ „01309“ „01310“ „01311“ „01313“	
MessageID	1..75	an	M	1	Message-ID der KIM-Nachricht auf die sich die Fehlernachricht bezieht bzw. Message-ID der KIM-Nachricht mit der der fehlerhafte Antrags- oder Mitteilungsdatensatz übermittelt wurde, auf den sich die Fehlernachricht bezieht	
Fehler			M	1	Feldgruppe	
Fehlerinformation			M	1-99	Feldgruppe; wiederholbar	
Fehlernummer	5	an	M	1	Fehlernummer gemäß Schlüsselverzeichnis 6.25	
Fehlertext	1..600	an	K	0-1	Fehlertext, ggf. Fehlermeldung des XML-Parsers zwingend anzugeben bei Fehlernummer „99998“	
XPath	1..600	an	K	0-1	XPath-Ausdruck der das fehlerhafte Element identifiziert	



5 Fehlerverfahren und Änderungen

5.1 Fehlerverfahren

Um die Datenübermittlung ohne zeitliche Verzögerung durchzuführen, ist bei Fehlern eine sofortige Reaktion erforderlich. Das bedeutet, dass der Absender umgehend über die als fehlerhaft erkannten Daten informiert wird. Die Begründungen für die Zurückweisung sind dem Absender soweit wie möglich in nachvollziehbarer Form mitzuteilen. Sofern die Daten zur Erstellung einer Fehlernachricht auslesbar sind, erfolgt eine qualifizierte Fehlerbenachrichtigung an den Absender (Zahnarztpraxis). Falls keine qualifizierte Fehlernachricht gemäß Abschnitt 4.9 erstellt werden kann, können Fehler per Telefon, Fax oder E-Mail kommuniziert werden. Der Absender ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln. Fehlernachrichten dürfen nicht mit einer Fehlernachricht beantwortet werden.

Die übermittelten Daten werden einer mehrstufigen Prüfung unterzogen.

Werden Fehler bei der Verarbeitung aufgedeckt (egal in welcher Prüfstufe), die zur Abweisung des Geschäftsvorfalles führen, muss eine Neuübermittlung erfolgen. Die damit zusammenhängenden Fristen werden ausgesetzt und beginnen mit der Neuübermittlung erneut.

5.1.1 Vorprüfung

Die Übertragungsdateien werden insbesondere auf ihre physikalische Lesbarkeit und auf Gültigkeit der Kommunikationspartner geprüft.

5.1.2 Schema-Validierung und weitere Prüfungen

Ist die Vorprüfung fehlerfrei verlaufen, erfolgt die Validierung der Übertragungsdateien. Bei der Validierung finden die Strukturprüfung, Syntaxprüfung und teilweise Schlüsselprüfungen statt. Die Lieferung muss im Sinne der XML-Schema-Prüfung valide sein. Bei einer Schemaverletzung wird die Datei zurückgewiesen.

Je nach Geschäftsvorfall wird die Reihenfolge der Elemente geprüft, innerhalb eines Elementes erfolgen die Prüfungen in Bezug auf Typ, Länge und Vorkommen sowie teilweise Inhalt (Kann- oder Muss-Feld). Einzelne Felder werden auf plausiblen Inhalt geprüft (z.B. Datum, Uhrzeit). Neben der XML-Schema-Prüfung werden elementübergreifende Prüfungen und Schlüsselprüfungen durchgeführt. Werden während der Validierung/Prüfung Fehler festgestellt, ist die Übertragungsdatei zurückzuweisen. Es ist in diesem Falle mit der Fehlernachricht (FEH) gemäß Abschnitt 4.9 auch der Fehlertext des XML-Parsers an den Absender zu übermitteln.

Eine Fehlernachricht (FEH) wird auch in den Fällen übermittelt, in denen der Versicherte nicht im Datenbestand der Krankenkasse geführt ist, weil er weder aktuell noch zu einem früheren Zeitpunkt dort versichert war.

5.1.3 Fachliche Fehler

Fachliche Fehler bzw. Implausibilitäten sind nicht Bestandteil des Fehlerverfahrens. Sie führen statt dessen zu einer Ablehnung des Antrags und werden durch die Fachverfahren der Krankenkassen mittels einer Antwortnachricht (ANW) nach Abschnitt 4.8 an den Absender übermittelt.

Dies gilt auch für Fälle, in denen der Versicherte zwar im Datenbestand der Krankenkasse geführt wird, aber zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht mehr dort versichert ist.

5.2 Änderung von Anträgen und Genehmigungen

5.2.1 Änderungen elektronisch übermittelter Anträge

Funktionalität

Das Änderungsverfahren gilt für Leistungsanträge der BEMA-Teile 2 (KBR, KGL), 4 (PAR) und 5 (ZE) und Genehmigungen, die geändert werden sollen. In diesen Fällen können sowohl der Antrag durch den Zahnarzt als auch die Antwort durch die Krankenkasse geändert werden. Das Änderungsverfahren berührt nicht das Fehlerverfahren für programmtechnisch festgestellte Fehler, die zu Rückweisungen von einzelnen Dateien führen.

Darüber hinaus kann die Krankenkasse dem Zahnarzt ein Behandlungsende (Widerruf der Genehmigung) mitteilen, wenn der Versicherte keine weitere Behandlung bei diesem Zahnarzt wünscht bzw. den Behandler wechselt. Die Krankenkasse teilt dem Zahnarzt das Endedatum der Genehmigung mit. Bis zum Endedatum erbrachte Leistungen können abgerechnet werden.

Für Anträge auf Leistungen des BEMA-Teils 3 (KFO) sind keine Änderungen eines bereits gestellten Antrags über das hier beschriebene Änderungsverfahren möglich. Stattdessen müssen in diesen Fällen Änderungen als neuer Antragsdatensatz „Therapieänderung“ oder ggf. als Mitteilungsdatensatz „zusätzlich erforderliche Leistungen“ übermittelt werden. Sofern diese Möglichkeiten zur Änderung nicht in Frage kommen, muss eine direkte, bilaterale Klärung zwischen Zahnarztpraxis und Krankenkasse erfolgen.

Dies gilt analog für Mitteilungen aus dem Leistungsbereich KFO. Auch hier kommt das Änderungsverfahren nicht zum Tragen. Stattdessen müssen Mitteilungen, die geändert werden sollen, nach vorheriger Absprache mit der Krankenkasse erneut übermittelt werden (mit einer neuen Mitteilungsnummer).

Im Falle einer Therapieänderung KFO (Art des Behandlungsplans = „04“) sind mit dem Antragsdatensatz alle Leistungen zu übermitteln, die ab Genehmigung der Therapieänderung erbracht werden sollen. Außerdem gilt für den Bereich KFO: Im Falle eines Krankenkassenwechsels (Kennzeichen 6.39 = „3“, „4“ oder „6“) wird der zuletzt gültige Antragsdatensatz unverändert übermittelt (Altdaten), auch wenn es sich bei diesem Datensatz um einen Verlängerungsantrag oder eine Therapieänderung handelt.

Technische Umsetzung

Voraussetzung für die Änderung bereits übermittelter Daten ist deren eindeutige Identifizierung, d. h. die Zuordnung zu einem Antrag oder zu einer Antwort.

Identifizierende Merkmale

Jeder Antrag und jede Antwort wird durch die Antragsnummer eindeutig identifiziert. Dies ermöglicht der Zahnarztpraxis und der Krankenkasse eine eindeutige Zuordnung einer Änderung zu einem Antrag und bzw. einer Antwort.

Eine Änderungsnachricht muss sich durch Angabe der „ursprünglichen Antragsnummer“ immer auf eine vorherige Nachricht desselben Nachrichtentyps beziehen. Bei der Änderung eines Antrags muss auf den zuletzt genehmigten Antrag (desselben Nachrichtentyps) Bezug genommen werden. Auf abgewiesene Datensätze oder auf abgelehnte Anträge/Mitteilungen kann nicht Bezug genommen werden.

Wird im Verlauf eines Behandlungsfalles nach einem Änderungsantrag eine Mitteilung an die Krankenkasse übermittelt, muss diese Mitteilung sich auf den zuletzt genehmigten Antrag (also auf die letzte genehmigte Änderung) zu diesem Behandlungsfall beziehen.

Bei mehrfachen Änderungen gilt: Wenn ein Antrag geändert wird, muss sich die erste Änderung auf die erste Antragsnachricht beziehen. Jede weitere Änderung muss sich auf die jeweils zuvor übermittelte Änderung beziehen. Es entsteht dadurch eine Verweiskette. Dabei werden abgelehnte Änderungsanträge jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiele für den Leistungsbereich ZER (nicht abschließend):

Antrags-Nr. verkürzt in (), die zu übermittelnde ursprüngliche Antrags-Nr. in []



Allgemeine Verfahrensregeln

Im Datenübermittlungsverfahren können einzelne Anträge oder Genehmigungen geändert werden. Zur Kennzeichnung einer Änderungsnachricht werden entsprechende Funktionsinformationen (Verarbeitungskennzeichen) übermittelt. Eine Änderungsnachricht beinhaltet immer einen vollständigen Antrags- oder Antwortdatensatz, der sich hinsichtlich des Verarbeitungskennzeichens und der geänderten Angaben vom ursprünglichen Datensatz unterscheidet. Bei Widerruf einer Genehmigung enthält der neue Antwortdatensatz zusätzlich das Endedatum der Genehmigung. Die Verarbeitungskennzeichen ergeben sich aus Schlüsselverzeichnis 6.27. Mit einer Änderungsnachricht zu einem gestellten Antrag muss sowohl eine neue eindeutige Antragsnummer als auch die ursprüngliche Antragsnummer übermittelt werden.

5.2.2 Wechsel von papiergebundenen Anträgen zu elektronischen Datensätzen

5.2.2.1 Altfälle

Bei Altfällen handelt es sich um Anträge, die auf einem herkömmlichen Papierformular gem. Anlage 14a zum BMV-Z gestellt wurden.

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der TA 2.0 kommen Altfälle nur noch in den Leistungsbereichen KFO und PAR vor. Da diese Behandlungsfälle über einen längeren Zeitraum laufen, kann hier ein Wechsel vom herkömmlichen Papierverfahren in das elektronische Verfahren erfolgen. In der Technischen Anlage ist es daher vorgesehen, dass bei den folgenden Antrags- und Mitteilungsdatensätzen die Angabe „Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans“ bzw. die „Antragsnummer vorherige Krankenkasse“ bei Altfällen fehlt:

KFO

Anträge KFO	Nachrichtentyp/Art des Behandlungsplans
KFO-Behandlerwechsel mit Planübernahme (ggf. mit gleichzeitigen Krankenkassenwechsel)*	KFO/03,04,05
KFO-Krankenkassenwechsel	KFO/03,04,05
KFO-Therapieänderung	KFO/04
KFO-Verlängerungsantrag	KFO/05

Mitteilungen KFO	Art der Mitteilung
Behandlungsabschluss	1
Unplanmäßiger Verlauf	2
Behandlungsabbruch	3
Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung	5
Zusätzlich erforderliche Leistungen	6

* Steigt ein Vertragszahnarzt in eine kieferorthopädische Behandlung ein, die auf Basis eines Antrags auf Papier genehmigt wurde, ist von diesem ein Antrag mit Planübernahme (Einstieg in die laufende Behandlung) unter Angabe der Daten zum Versicherten, zur Krankenkasse und zur Praxis sowie des Abschlags/Quartals, ab dem der Einstieg in die Behandlung erfolgt und der Leistungen, die ab dem Einstieg in die Behandlung erfolgen, zu erstellen. ~~Bei Behandlerwechsel mit Planübernahme und gleichzeitigem Krankenkassenwechsel gilt dieses Verfahren nicht. Krankenkassen- und Behandlerwechsel mit Planübernahme werden in diesen Fällen außerhalb des EBZ abgewickelt.~~

PAR

Anträge PAR	Nachrichtentyp/Art des Behandlungsplans
UPT-Verlängerungsantrag	UPT/02
PAR-Behandlerwechsel mit Planübername (ggf. mit gleichzeitigem Krankenkassenwechsel)	PAR/01
PAR-Krankenkassenwechsel	PAR/01
PMB-Behandlerwechsel mit Planübernahme (ggf. mit gleichzeitigem Krankenkassenwechsel)	PMB/07
PMB-Krankenkassenwechsel	PMB/07

Mitteilungen PAR	Art der Mitteilung
Mitteilung über eine chirurgische Therapie (CPT)	8

Zu PAR-Altfällen oder zu PMB-Altfällen können keine Änderungsanträge mit Verarbeitungskennzeichen 21 übermittelt werden. ~~Findet bei einem laufenden PAR-Altfall ein Behandlerwechsel mit Planübernahme und gleichzeitigem Krankenkassenwechsel statt, greift das EBZ nicht. Gleichzeitige Krankenkassen- und Behandlerwechsel mit Planübernahme werden in diesen Altfällen außerhalb des EBZ abgewickelt.~~

5.2.2.2 Störfälle

Die vertraglichen Regelungen zur Verwendung von stylesheet-basierten Ausdrucken im Falle technischer Störungen ergeben sich aus § 18 der Anlage 15 BMVZ.

Ein Stylesheet-Ausdruck, der bei einem Störfall übermittelt wird, enthält alle zur Prüfung und Genehmigung notwendigen Antragsinformationen gemäß Abschnitt 4.6 und 4.7 der Technischen Anlage. Die Zuordnung weiterer Datensätze zu diesem Antrag ist auf der Basis dieser Angaben möglich. Die Stylesheet-Ausdrucke dienen lediglich der Überbrückung einer Störung. Daher können bei Störfällen nach der Übermittlung eines Datensatzes in Form eines stylesheet-basierten Ausdrucks später auch Änderungsanträge, Mitteilungen und Folgeanträge, die auf den ursprünglich als Ausdruck übermittelten Datensatz Bezug nehmen, elektronisch übermittelt werden. Die für die Zuordnung des elektronischen Datensatzes zum vorherigen Antrag notwendigen Angaben, insbesondere dessen Antragsnummer, sind auf dem stylesheet-basierten Ausdruck des ursprünglichen Antrages (bzw. der Mitteilung) vorhanden.

Eine zusätzliche Übermittlung des Antrags in elektronischer Form nach Behebung der Störung findet nicht statt.

Beispiel

Ein Heil- und Kostenplan bei Zahnersatz wird wegen einer technischen Störung als stylesheet-basierter Ausdruck in Papierform an die Krankenkasse übermittelt. Die Krankenkasse übernimmt die Daten vom Ausdruck in ihr Bestandssystem und genehmigt den Antrag auf dem Ausdruck. Später wird wegen einer Korrektur ein Änderungsantrag mit Verarbeitungskennzeichen „21“ in elektronischer Form an die Krankenkasse übermittelt und von der Krankenkasse elektronisch beantwortet.

6 Schlüsselverzeichnisse

6.1 Kennzeichen zum röntgenologischen Knochenabbau (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	< 15 %
2	15 – 33 %
3	> 33 %

6.2 Kennzeichen zum interdentalen CAL (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	1 – 2 mm
2	3 – 4 mm
3	≥ 5 mm

6.3 Art des Behandlungsplans

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
01	Behandlungsplan bei PAR
02	Verlängerungsantrag bei UPT
03	Behandlungsplan bei KFO
04	Therapieänderung bei KFO
05	Verlängerungsantrag bei KFO
06	Heil- und Kostenplan bei ZER
07	Anzeige einer Behandlung bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V bei PMB
08	Wiederherstellung/Erweiterung bei ZER

6.4 Kennzeichen zum Zahnverlust (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Kein Zahnverlust
2	≤ 4 Zähne
3	≥ 5 Zähne

6.5 Kennzeichen Komplexitätsfaktor(PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	ST = 5 mm oder vorwiegend horizontaler Knochenabbau
2	ST ≥ 6 mm oder vertikaler Knochenabbau ≥ 3 mm oder FB Grad II oder III
3	Komplexe Rehabilitation mastikatorischer Dysfunktion erforderlich

6.6 Kennzeichen Ausmaß/Verteilung (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Lokalisiert (< 30 % der Zähne)
2	Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)
3	Molaren-Inzisiven-Muster

6.7 Kennzeichen für den Knochenabbauindex (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	< 0,25
2	0,25 – 1,0
3	> 1,0

6.8 Kennzeichen für die Antwort der Krankenkasse (ANW)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
0	nicht genehmigt
1	genehmigt
2	fehlende Versicherung (nur bei Antworten auf Mitteilungen und Anzeigen)

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

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen	Weitere Angaben der Krankenkasse erforderlich
01	Die Planung entspricht aus folgenden Gründen nicht den Richtlinien	X
02	Für den Versicherten besteht hier kein Versicherungsschutz mehr	
03	Der Antrag wurde gutachterlich befürwortet	
04	Der Antrag wurde gutachterlich nicht befürwortet	
05	Der Antrag wurde gutachterlich teilweise befürwortet	
06	Die angegebenen Taschentiefen lösen keine GKV-Behandlung aus (siehe PAR-Richtlinie).	
07	Bei mindestens einem der Zähne, für die AIT beantragt wurde, handelt es sich um ein Implantat.	
nn	keine Verwendung	
nn	keine Verwendung	
10	Der Zahnersatz befindet sich noch innerhalb der Gewährleistung	
11	Aufgrund des mitgeteilten Arbeitsunfalles bzw. der mitgeteilten Berufskrankheit ist ein anderer Kostenträger leistungspflichtig	
12	Der Antrag wurde auf Wunsch des Versicherten zurückgezogen	
13	Sonstiges, siehe zusätzliche Erläuterung	X
14	Es liegt eine neue Version des Antrags derselben Praxis vor	
15	Die Antragsdaten entsprechen nicht den aktuellen vertraglichen Bestimmungen (Update der Praxissoftware und erneute Beantragung notwendig)	X

Durch das PVS anzuzeigende Meldung:

Bei Schlüssel 03

[Datum:] Genehmigung Ihres Antrags eingetroffen

Der von Ihnen am <XX.XX.XXXX> für Ihren Patienten / Ihre Patientin <Vorname und Name> übermittelte <Nachrichtentyp (TA gem. Schlüsseltabelle 6.10)> wurde von der <Name der Krankenkasse> genehmigt. Dazu hat die Krankenkasse folgende Begründung angegeben:

Der Antrag wurde gutachterlich befürwortet.

Bei allen anderen Schlüsseln

[Datum:] Ablehnung Ihres Antrags eingetroffen

Der von Ihnen am <XX.XX.XXXX> für Ihren Patienten / Ihre Patientin <Vorname und Name> übermittelte Antrag [<Nachrichtentyp (TA gem. Schlüsseltabelle 6.10)>] wurde von der <Name der Krankenkasse> aus fachlichen Gründen abgelehnt. Die Krankenkasse hat die Ablehnung wie folgt begründet:

<Begründung zur Antwort der Krankenkasse>

Sollten weitere, erklärende Angaben erforderlich sein, oder sind tiefere Erläuterungen in der Antwortnachricht vorhanden, sind diese dem Text der Meldung anzufügen.

Als zusätzliche Erläuterung hat die Kasse angegeben:

<Inhalt des Elementes „Erläuterung“ der Antwortnachricht>

6.10 Kennung des Nachrichtentyps

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
PAR	Antragsdatensatz – Behandlung von Parodontopathien
ZER	Antragsdatensatz – Zahnersatz
KGL	Antragsdatensatz – Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen
KBR	Anzeigedatensatz – Behandlung von Kieferbruch
KFO	Antragsdatensatz – Kieferorthopädische Behandlung
ANW	Antwortdatensatz der Krankenkasse
FEH	Fehlernachricht
MIT	Mitteilungsdatensatz KFO/ZE/PAR
PMB	Anzeigedatensatz – PAR Behandlung bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V
UPT	Antragsdatensatz - Verlängerung der Unterstützenden Parodontitistherapie

6.11 Zahnangabe

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
11	1. Zahn oben rechts
12	2. Zahn oben rechts
13	3. Zahn oben rechts
14	4. Zahn oben rechts
15	5. Zahn oben rechts
16	6. Zahn oben rechts
17	7. Zahn oben rechts
18	8. Zahn oben rechts
21	1. Zahn oben links

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
22	2. Zahn oben links
23	3. Zahn oben links
24	4. Zahn oben links
25	5. Zahn oben links
26	6. Zahn oben links
27	7. Zahn oben links
28	8. Zahn oben links
31	1. Zahn unten links
32	2. Zahn unten links
33	3. Zahn unten links
34	4. Zahn unten links
35	5. Zahn unten links
36	6. Zahn unten links
37	7. Zahn unten links
38	8. Zahn unten links
41	1. Zahn unten rechts
42	2. Zahn unten rechts
43	3. Zahn unten rechts
44	4. Zahn unten rechts
45	5. Zahn unten rechts
46	6. Zahn unten rechts
47	7. Zahn unten rechts
48	8. Zahn unten rechts
51	1. Milchzahn oben rechts
52	2. Milchzahn oben rechts
53	3. Milchzahn oben rechts
54	4. Milchzahn oben rechts
55	5. Milchzahn oben rechts
61	1. Milchzahn oben links
62	2. Milchzahn oben links
63	3. Milchzahn oben links
64	4. Milchzahn oben links
65	5. Milchzahn oben links
71	1. Milchzahn unten links
72	2. Milchzahn unten links
73	3. Milchzahn unten links
74	4. Milchzahn unten links
75	5. Milchzahn unten links
81	1. Milchzahn unten rechts
82	2. Milchzahn unten rechts
83	3. Milchzahn unten rechts
84	4. Milchzahn unten rechts
85	5. Milchzahn unten rechts
OK	Oberkiefer
UK	Unterkiefer

6.12 Befundnummer (ZER)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1.1	
1.2	
1.3	
1.4	

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1.5	
2.1	
2.2	
2.3	
2.4	
2.5	
2.6	
2.7	
3.1	
3.2	
4.1	
4.2	
4.3	
4.4	
4.5	
4.6	
4.7	
4.8	
4.9	
5.1	
5.2	
5.3	
5.4	
6.0	
6.1	
6.2	
6.3	
6.4	
6.4.1	
6.5	
6.5.1	
6.6	
6.7	
6.8	
6.8.1	
6.9	
6.10	
7.1	
7.2	
7.3	
7.4	
7.5	
7.6	
7.7	

6.13 Gebührennummern BEMA

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
Ä925a	
Ä925b	
Ä925c	
Ä925d	
Ä928	
Ä934a	

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
Ä934b	
Ä934c	
Ä935a	
Ä935b	
Ä935c	
Ä935d	
12	
2	
7a	
7b	
K1	
K2	
K3	
K4	
K6	
K7	
K8	
K9	
101a	
101b	
102	
103a	
103b	
103c	
104a	
104b	
5	
116	
117	
118	
119a	
119b	
119c	
119d	
120a	
120b	
120c	
120d	
121	
122a	
122b	
122c	
123a	
123b	
124	
125	
126a	
126b	
126c	
126d	
127a	
127b	
128a	
128b	
128c	

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
129	
130	
131a	
131b	
131c	
18a	
18b	
19	
19i	
20a	
20ai	
20b	
20bi	
20c	
21	
22	
24a	
24ai	
24b	
24bi	
24c	
24ci	
89	
90	
91a	
91b	
91c	
91d	
91e	
92	
93a	
93b	
94a	
94b	
95a	
95b	
95c	
95d	
95e	
95f	
96a	
96b	
96c	
97a	
97ai	
97b	
97bi	
98a	
98b	
98bi	
98c	
98ci	
98d	
98di	
98e	

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
98ei	
98f	
98g	
98h/1	
98h/2	
99a	
99b	
99c	
100a	
100ai	
100b	
100bi	
100c	
100ci	
100d	
100di	
100e	
100ei	
100f	
100fi	

6.14 Kennzeichen des Befundes (ZER)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
a	Adhäsivbrücke (Anker)
ab	Adhäsivbrücke (Brückenglied)
abw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)
aw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)
b	Brückenglied
bw	erneuerungsbedürftiges Brückenglied
e	ersetzer Zahn
ew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f	fehlender Zahn
ix	zu entfernendes Implantat
k	klinisch intakte Krone
kw	erneuerungsbedürftige Krone
pkw	erneuerungsbedürftige Teilkrone
pw	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r	Wurzelstiftkappe mit ersetzttem Zahn
rw	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn
sb	implantatgetragenes Brückenglied
sbw	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied
se	ersetzer Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sk	implantatgetragene intakte Krone
skw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
so	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetzttem Zahn
sow	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn
st	implantatgetragene Teleskopkrone
stw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
t	Teleskopkrone
t2w	erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone

tw	erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
ur	unzureichende Retention
ww	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x	nicht erhaltungswürdiger Zahn
)	Lückenschluss

6.15 Kennzeichen der Behandlung (ZER)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen	Regelversorgung
A	Adhäsivbrücke (Anker)	ja
ABV	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)	ja
ABM	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	nein
B	Brückenglied	ja
BM	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	nein
BV	Brückenglied mit vestibulärer Verblendung	ja
E	zu ersetzender Zahn	ja
EO	zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung	nein
H	gegossene Halte- und Stützvorrichtung	ja
K	Krone	ja
KH	Krone mit Halteelement	ja
KM	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	nein
KMH	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	nein
KMO	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe	nein
KO	Krone mit Geschiebe	ja*
KV	Krone mit vestibulärer Verblendung	ja
KVH	Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement	ja
KVO	Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe	ja*
PK	Teilkrone	ja
PKM	Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	nein
PKV	Teilkrone mit vestibulärer Verblendung	nein
R	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn	ja
SB	implantatgetragenes Brückenglied	nein
SBV	implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung	nein
SBM	implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied	nein
SE	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese	ja***
SEO	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung	nein
SK	implantatgetragene Krone	ja**
SKM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone	nein
SKMO	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe	nein
SKO	Implantatgetragene Krone mit Geschiebe	nein
SKV	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung	ja**
SKVO	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe	nein
SO	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn	nein
ST	implantatgetragene Teleskopkrone	nein
STM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone	nein
STV	implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung	nein
T	Teleskopkrone	ja
TM	Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	nein
TV	Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung	ja
T2	Sekundärteil einer Teleskopkrone	ja
T2M	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	nein
T2V	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung	ja

*Nur bei Vorliegen des Festzuschussbefundes nach Nr. 2.6 (disparallele Pfeilerzähne)

** Nur bei Erneuerung der Suprakonstruktion im Ausnahmefall gem. Nr. 36 a) der Zahnersatz-Richtlinie des G-BA

***Nur bei Ausnahmefällen gem. Nr. 36 b) der Zahnersatz-Richtlinie des G-BA

6.16 Weitere Angaben (ZER)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
01	Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit
02	Versorgungsleiden
03	Interimsversorgung OK
04	Interimsversorgung UK
05	Immediatversorgung OK
06	Immediatversorgung UK
07	NEM
08	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK
09	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK
10	Direktabrechnung

6.17 Kennzeichen Behandlungsart (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Frühbehandlung nach KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c
2	Frühe Behandlung nach KFO-Richtlinie Nr. 8 d
3	Erwachsenenbehandlung

6.18 Kriterium Schwierigkeit von Behandlungsmaßnahmen 119 (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Zahl der bewegten Zähne bzw. Zahngruppen [„I“]
2	Größe der Bewegung [„II“]
3	Art und Richtung der Bewegung [„III“]
4	Verankerung [„IV“]
5	Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung) [„V“]

6.19 Schwierigkeit von Behandlungsmaßnahmen (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	einfach durchführbarer Art [„a“]
2	mittelschwer durchführbarer Art [„b“]
3	schwierig durchführbarer Art [„c“]
4	besonders schwierig durchführbarer Art [„d“]

6.20 KZV-Nummer

Es gelten die KZV-Nummern gemäß Anhang 1, Abschnitt 1.1 der Technischen Anlage zum Datenaustausch nach § 295 Abs. 2 SGB V.

6.21 Logische Version

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1.0.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente: Technische Anlage Version 1.0 gültig ab 01.04.2020, XML-Schemata: EBEA-ANT_1.0.0.xsd, EBEA-ANW_1.0.0.xsd, EBEA-basis_1.0.0.xsd, EBEA-DAT_1.0.0.xsd, EBEA-KBR_1.0.0.xsd, EBEA-KFO_1.0.0.xsd, EBEA- KGL_1.0.0.xsd, EBEA-PAR_1.0.0.xsd, EBEA-ZER_1.0.0.xsd, EBEA-MIT_1.0.0.xsd und EBEA-FEH_1.0.0.xsd
1.1.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente: Technische Anlage Version 1.1 anzuwenden ab 01.04.2021, XML-Schemata: EEBZ0-ANT_1.0.0.xsd, EEBZ0-ANW_1.0.0.xsd, EEBZ0- basis_1.0.0.xsd, EEBZ0-DAT_1.0.0.xsd, EEBZ0-KBR_1.0.0.xsd, EEBZ0- KFO_1.0.0.xsd, EEBZ0-KGL_1.0.0.xsd, EEBZ0-PAR_1.0.0.xsd, EEBZ0- ZER_1.0.0.xsd, EEBZ0-MIT_1.0.0.xsd und EEBZ0-FEH_1.0.0.xsd
1.2.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente: Technische Anlage Version 1.2 anzuwenden ab 01.04.2021, XML-Schemata: EEBZ0-ANT_1.1.0.xsd, EEBZ0-ANW_1.1.0.xsd, EEBZ0- basis_1.1.0.xsd, EEBZ0-DAT_1.1.0.xsd, EEBZ0-KBR_1.1.0.xsd, EEBZ0- KFO_1.1.0.xsd, EEBZ0-KGL_1.1.0.xsd, EEBZ0-PAR_1.1.0.xsd, EEBZ0- ZER_1.1.0.xsd, EEBZ0-MIT_1.1.0.xsd und EEBZ0-FEH_1.1.0.xsd
1.3.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente: Technische Anlage Version 1.3 anzuwenden ab 01.04.2022, XML-Schemata: EEBZ0-ANT_1.2.0.xsd, EEBZ0-ANW_1.2.0.xsd, EEBZ0- basis_1.2.0.xsd, EEBZ0-DAT_1.2.0.xsd, EEBZ0-KBR_1.2.0.xsd, EEBZ0- KFO_1.2.0.xsd, EEBZ0-KGL_1.2.0.xsd, EEBZ0-PAR_1.2.0.xsd, EEBZ0- ZER_1.2.0.xsd, EEBZ0-MIT_1.2.0.xsd und EEBZ0-FEH_1.2.0.xsd
1.4.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente: Technische Anlage Version 1.4 anzuwenden ab 01.07.2022, XML-Schemata: EEBZ0-ANT_1.3.0.xsd, EEBZ0-ANW_1.3.0.xsd, EEBZ0- basis_1.3.0.xsd, EEBZ0-DAT_1.3.0.xsd, EEBZ0-KBR_1.3.0.xsd, EEBZ0- KFO_1.3.0.xsd, EEBZ0-KGL_1.3.0.xsd, EEBZ0-PAR_2.0.0.xsd, EEBZ0- ZER_1.3.0.xsd, EEBZ0-MIT_2.0.0.xsd, EEBZ0-PMB_1.0.0.xsd und EEBZ0- FEH_1.3.0.xsd
1.5.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente: Technische Anlage Version 1.5 anzuwenden ab 01.04.2023, XML-Schemata: EEBZ0-ANT_1.4.0.xsd, EEBZ0-ANW_1.4.0.xsd, EEBZ0- basis_1.4.0.xsd, EEBZ0-DAT_1.4.0.xsd, EEBZ0-KBR_1.4.0.xsd, EEBZ0- KFO_1.4.0.xsd, EEBZ0-KGL_1.4.0.xsd, EEBZ0-PAR_2.1.0.xsd, EEBZ0- ZER_1.4.0.xsd, EEBZ0-MIT_2.1.0.xsd, EEBZ0-PMB_1.1.0.xsd und EEBZ0- FEH_1.4.0.xsd
1.6.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente: Technische Anlage Version 1.6 anzuwenden ab 01.10.2023, XML-Schemata: EEBZ0-ANT_1.5.0.xsd, EEBZ0-ANW_1.5.0.xsd, EEBZ0- basis_1.5.0.xsd, EEBZ0-DAT_1.5.0.xsd, EEBZ0-KBR_1.5.0.xsd, EEBZ0- KFO_1.5.0.xsd, EEBZ0-KGL_1.5.0.xsd, EEBZ0-PAR_2.2.0.xsd, EEBZ0- ZER_1.5.0.xsd, EEBZ0-MIT_2.2.0.xsd, EEBZ0-PMB_1.2.0.xsd, EEBZ0-UPT-1.0.0.xsd und EEBZ0-FEH_1.5.0.xsd
1.7.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente: Technische Anlage Version 1.7 anzuwenden ab 01.04.2024, XML-Schemata: EEBZ0-ANT_1.6.0.xsd, EEBZ0-ANW_1.6.0.xsd, EEBZ0- basis_1.6.0.xsd, EEBZ0-DAT_1.6.0.xsd, EEBZ0-KBR_1.6.0.xsd, EEBZ0- KFO_1.6.0.xsd, EEBZ0-KGL_1.6.0.xsd, EEBZ0-PAR_2.3.0.xsd, EEBZ0- ZER_1.6.0.xsd, EEBZ0-MIT_2.3.0.xsd, EEBZ0-PMB_1.3.0.xsd, EEBZ0-UPT-1.1.0.xsd und EEBZ0-FEH_1.6.0.xsd
2.0.0	Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente: Technische Anlage Version 2.0 anzuwenden ab 01.01.2025,

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
	XML-Schemata: EEBZ0-ANT_2..0.xsd, EEBZ0-ANW_2.0.0.xsd, EEBZ0-basis_2.0.0.xsd, EEBZ0-DAT_2.0.0.xsd, EEBZ0-KBR_2.0.0.xsd, EEBZ0-KFO_2.0.0.xsd, EEBZ0-KGL_2..0.0.xsd, EEBZ0-PAR_3.0.0.xsd, EEBZ0-ZER_2.0.0.xsd, EEBZ0-MIT_3.0.0.xsd, EEBZ0-PMB_2.0.0.xsd, EEBZ0-UPT-2.0.0.xsd und EEBZ0-FEH_2.0.0.xsd

6.22 Versichertenart

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
0	unbekannt, nur zulässig im Ersatzverfahren
1	Mitglied
3	Familienversicherter
5	Rentner

6.23 Besondere Personengruppe

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
00	keine besondere Personengruppe
04	Sozialhilfeempfänger nach § 264 SGB V
06	BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges)
07	SVA-Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: - Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand
08	SVA-Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: - Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung pauschal
09	Leistungsbezieher nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz

6.24 Kennzeichen Bemerkungen (ZER)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
01	medizinische Indikation z. B. Allergien, während einer Strahlentherapie, als Brückenfeiler nicht geeignet
02	Zahnersatz verloren
03	Indikation BEMA 98e Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)
04	Langzeitprovisorium
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblendbereich
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff
nn	keine Verwendung
nn	keine Verwendung
09	Vollkeramische Restauration
10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
11	Wiederherstellung/Bruch
12	Wiederherstellung/Sprung
13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
15	Erosionsgebiss
16	Erweiterung Halteelement
17	Erweiterung Zahn/Zähne

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation
19	Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a [optional]
21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b [optional]

6.25 Fehlercode (FEH)

Fehler- nummer	Fehlertext	Herstel- ler-Hin- weis
01000	Verwendung einer ungültigen Versionsnummer (Logische Version)	X
01001	XML-Schemavalidierung fehlgeschlagen	X
01004	Datumsangabe fehlerhaft (Erstellungsdatum liegt nach dem Verarbeitungs- datum)	X
01007	Datei nicht lesbar	X
01008	Falscher Zeichensatz, gefordert ist UTF-8 ohne BOM“	X
01009	möglicher Virenbefall	
01201	Signatur der Nutzdaten nicht gültig, da ein fehlerhaftes Zertifikat verwendet wurde.	X
01202	Signatur der Nutzdaten nicht gültig, da die übermittelten Daten nicht den signierten Daten entsprechen.	X
01307	KIM-Nachricht ist in einem falschen Format verschlüsselt.	X
01309	KIM-Nachricht besitzt keine Signatur.	X
01310	Signatur der KIM-Nachricht konnte aufgrund eines falschen Formats nicht geprüft werden	X
01311	Die Signaturprüfung der KIM-Nachricht hat ergeben, dass der Nachrichten- inhalt nicht mit der Signatur übereinstimmt.	X
01313	Die KIM-Nachricht konnte aufgrund eines nicht verfügbaren Schlüssels nicht entschlüsselt werden.	X
1Z001	Nachrichtentyp unbekannt	X
1Z003	KZV-Nummer unbekannt	X
1Z004	IK Krankenkasse unbekannt Eventuell wurde eine veraltete elektronische Gesundheitskarte genutzt. Wenn Ihr Patient / Ihre Patientin Ihnen die aktuelle elektronische Gesund- heitskarte vorlegt, muss eine erneute Übermittlung der Antragsdaten an die zuständige Krankenkasse erfolgen.	
1Z005	Empfänger KIM-Postfach und Empfänger Nutzdatendatei nicht identisch	X
20001	Datenelement unzulässig leer, siehe Element <.....>	X
2Z001	Gesamtkosten entsprechen nicht Summe der Einzelbeträge	X
2Z002	Format Antrags-/Mitteilungsnummer falsch	X
2Z003	Antrags-/Mitteilungsnummer nicht eindeutig	X
3Z004	Schlüsselwert unbekannt	X
3Z011	Datumsangabe nach Verarbeitungsdatum ist unzulässig	X
99998	anderer Fehler (Erläuterung siehe Fehlertext)	X
99999	Patient/KVNR nicht bekannt Eventuell wurde eine veraltete elektronische Gesundheitskarte genutzt. Wenn Ihr Patient / Ihre Patientin Ihnen die aktuelle elektronische Gesund- heitskarte vorlegt, muss eine erneute Übermittlung der Antragsdaten an die zuständige Krankenkasse erfolgen.	

Durch das PVS anzuzeigende Meldung:

[Datum:] Fehlernachricht der Krankenkasse eingetroffen

Der von Ihnen am <XX.XX.XXXX> für Ihren Patienten / Ihre Patientin <Vorname und Name> übermittelte <Nachrichtentyp (TA gem. Schlüsseltabelle 6.10)> wurde von der <Name der Krankenkasse> aus technischen Gründen nicht zur fachlichen Verarbeitung angenommen. Die Krankenkasse hat folgenden Fehlertext übermittelt:

<Fehlertext>

Sollte es notwendig sein, den Hersteller in die Problemlösung mit einzubeziehen <Hersteller-Hinweis> ist folgender Text an die Meldung anzuhängen

Bitte wenden Sie sich zur Behebung des Problems an Ihren Softwarehersteller und senden Sie die Daten nach der Behebung erneut an die Krankenkasse.

Hinweis an den Softwarehersteller:

<Inhalt des Elementes „XPath“ der Fehlernachricht>

6.26 KIG-Einstufung (KFO)

Schlüssel		Inhalt / Erläuterungen
1. Stelle	2. Stelle	
D	1	KIG 1, sagittale Stufe distal bis 3 mm
O	1	KIG 1, vertikale Stufe offen bis 1 mm
T	1	KIG 1, vertikale Stufe tief über 1 bis 3 mm
E	1	KIG 1, Kontaktpunktabweichung, Engstand unter 1 mm
D	2	KIG 2, sagittale Stufe distal über 3 bis 6 mm
O	2	KIG 2, vertikale Stufe offen über 1 bis 2 mm
T	2	KIG 2, vertikale Stufe tief über 3 mm, ohne/mit Gingivakontakt
K	2	KIG 2, transversale Abweichung, Kopfbiss
E	2	KIG 2, Kontaktpunktabweichung, Engstand über 1 bis 3 mm
P	2	KIG 2, Platzmangel bis 3 mm
O	3	KIG 3, vertikale Stufe offen über 2 bis 4 mm
T	3	KIG 3, vertikale Stufe tief über 3 mm, mit traumatischem Gingivakontakt
K	3	KIG 3, transversale Abweichung, beidseitiger Kreuzbiss
E	3	KIG 3, Kontaktpunktabweichung, Engstand über 3 bis 5 mm
P	3	KIG 3, Platzmangel über 3 bis 4 mm
U	4	KIG 4, Zahnunterzahl (Aplasie oder Zahnverlust)
S	4	KIG 4, Durchbruchstörungen, Retention (außer 8er)
D	4	KIG 4, sagittale Stufe distal über 6 bis 9 mm
M	4	KIG 4, sagittale Stufe mesial 0 bis 3 mm
O	4	KIG 4, vertikale Stufe offen über 4 mm, habituell offen
B	4	KIG 4, transversale Abweichung, Bukkal-/Lingualokklusion
K	4	KIG 4, transversale Abweichung, einseitiger Kreuzbiss
E	4	KIG 4, Kontaktpunktabweichung, Engstand über 5 mm
P	4	KIG 4, Platzmangel über 4 mm
A	5	KIG 5, kraniofaciale Anomalien
S	5	KIG 5, Durchbruchstörungen, Verlagerung (außer 8er)
D	5	KIG 5, sagittale Stufe distal über 9 mm
M	5	KIG 5, sagittale Stufe mesial über 3 mm
O	5	KIG 5, vertikale Stufe offen über 4 mm, skelettal offen

6.27 Verarbeitungskennzeichen

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
10	erstmalige Übermittlung
	Änderung
21	Änderung eines Antrags oder einer Mitteilung durch den Zahnarzt
22	Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Änderung des Antrags durch den Zahnarzt
23	Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Behandlerwechsel (keine weitere Behandlung)
24	Änderung der Genehmigung durch die Krankenkasse wegen nachträglicher Änderung der Bonusstufe/Härtefall (ZE)
25	Änderung der Genehmigung durch die Krankenkasse wegen nachträglicher Änderung der Zuschusshöhe (KFO)
26	Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs

6.28 Kennzeichen der Anamnese des Versicherten (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
01	Milchgebiss
02	Frühes Wechselgebiss
03	Spätes Wechselgebiss
04	Bleibendes Gebiss
05	Kieferorthopädisch vorbehandelt
06	Zustand nach Trauma der Zähne [Zahnangabe]
07	Metall-/Kunststoffallergie
08	Gehäuftes familiäres Vorkommen der Anomalie
09	Habitfolge
10	Folgen vorzeitigen Zahnverlusts
11	Orofaziale Dysfunktion
12	Mundatmung
13	Wachstumsmaximum überschritten
14	Nichtanlage von [Zahnangabe]
15	Andere kraniofaziale Anomalie
16	LKG-Spalte
99	Sonstiges

6.29 Kennzeichen der Diagnose des Versicherten (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
01	Unterzahl von [Zahnangabe]
02	Retention von [Zahnangabe]
03	Verlagerung von [Zahnangabe]
nn	Keine Verwendung
nn	Keine Verwendung
06	Distalkippung von [Zahnangabe]
07	Mesialkipfung von [Zahnangabe]
08	Persistenz von [Zahnangabe]
09	Kontaktpunktabweichung/Engstand unter 1 mm [Zahnangabe]
10	Kontaktpunktabweichung/Engstand über 1 mm bis 3 mm [Zahnangabe]
11	Kontaktpunktabweichung/Engstand über 3 mm bis 5 mm [Zahnangabe]

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
12	Kontaktpunktabweichung/Engstand über 5 mm [Zahnangabe]
13	Platzmangel bis 3 mm [Zahnangabe]
14	Platzmangel über 3 mm bis 4 mm [Zahnangabe]
15	Platzmangel über 4 mm [Zahnangabe]
16	Protrusion der Schneidezähne
17	Retrusion der Schneidezähne
18	Bukkalkippung/Labialkippung von [Zahnangabe]
19	Lingualkippung/Palatinalkippung von [Zahnangabe]
20	Lingualstand/Palatalstand von [Zahnangabe]
21	Bukkalstand/Labialstand von [Zahnangabe]
22	Rotation von [Zahnangabe]
23	Supraposition von [Zahnangabe]
24	Infraposition von [Zahnangabe]
25	Distalwanderung von [Zahnangabe]
26	Mesialwanderung von [Zahnangabe]
27	Dentoalveoläre Mittenabweichung nach rechts
28	Dentoalveoläre Mittenabweichung nach links
29	Missverhältnis zwischen Zahn- und Kiefergröße
30	Transversale Unterentwicklung
31	Sagittale Unterentwicklung
32	Ankylose von [Zahnangabe]
33	Überzahl von [Zahnangabe]
34	Hypoplasie von [Zahnangabe]
35	Mesiodens regio [Zahnangabe]
36	Transposition von [Zahnangabe]
37	Ektopischer Durchbruch von [Zahnangabe]
99	Sonstiges

6.30 Kennzeichen der Bisslage (Diagnose) des Versicherten (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
nn	Keine Verwendung
nn	Keine Verwendung
03	Sagittale Stufe distal bis 3 mm
04	Sagittale Stufe distal über 3 mm – 6 mm
05	Sagittale Stufe distal über 6 mm – 9 mm
06	Sagittale Stufe distal mehr als 9 mm
07	Sagittale Stufe mesial 0 mm – 3 mm
08	Sagittale Stufe mesial mehr als 3 mm
nn	Keine Verwendung
13	Offener Biss bis 1 mm
14	Offener Biss über 1 mm bis 2 mm
15	Offener Biss über 2 mm bis 4 mm
16	Offener Biss über 4 mm habituell
17	Offener Biss über 4 mm skelettal offen
18	Tiefbiss über 1 mm bis 3 mm
19	Tiefbiss über 3 mm ohne/mit Gingivakontakt
20	Tiefbiss über 3 mm mit traumatischem Gingivakontakt
21	Bukkal-/Lingualokklusion [Zahnangabe]
22	Kopfbiss [Zahnangabe]

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
23	Beidseitiger Kreuzbiss [Zahnangabe]
24	Einseitiger Kreuzbiss [Zahnangabe]
nn	Keine Verwendung
26	Gnathische Mittellinierverschiebung rechts [mm-Angabe]
27	Gnathische Mittellinierverschiebung links [mm-Angabe]
28	Frontaler Kreuzbiss [Zahnangabe]
29	Distalbiss rechts 1-2 mm
30	Distalbiss rechts ½ Prämolarenbreite
31	Distalbiss rechts über ½ bis 1 Prämolarenbreite
32	Distalbiss links 1-2 mm
33	Distalbiss links ½ Prämolarenbreite
34	Distalbiss links über ½ bis 1 Prämolarenbreite
35	Mesialbiss rechts 1-2 mm
36	Mesialbiss rechts ½ Prämolarenbreite
37	Mesialbiss rechts über ½ bis 1 Prämolarenbreite
38	Mesialbiss links 1-2 mm
39	Mesialbiss links ½ Prämolarenbreite
40	Mesialbiss links über ½ bis 1 Prämolarenbreite
41	Regelbiss rechts (Nur anzugeben bei einseitigem Distal- oder Mesialbiss)
42	Regelbiss links (Nur anzugeben bei einseitigem Distal- oder Mesialbiss)
43	Retrognathie der Mandibula
44	Prognathie der Mandibula
45	Retrognathie der Maxilla
46	Prognathie der Maxilla
47	Wachstumstyp brachyfazial
48	Wachstumstyp dolichofazial
49	Wachstumstyp mesiofazial
99	Sonstiges

6.31 Kennzeichen der Therapie des Versicherten (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
nn	Keine Verwendung
02	Präprothetische Lückenöffnung [Zahnangabe]
03	Einordnen von [Zahnangabe] nach Platzbeschaffung ohne Exaktion
04	Einordnen von [Zahnangabe] nach chirurgischer Freilegung
05	Ausformen des Zahnbogens
06	Retrusion der Schneidezähne
07	Protrusion der Schneidezähne
08	Lückenöffnung zur Einordnung von [Zahnangabe]
09	Restlückenschluss nach Exaktion
10	Lückenschluss von mesial
11	Lückenschluss von distal
12	Lückenschluss von reziprok
13	Exaktion von [Zahnangabe]
14	Aufrichten von [Zahnangabe]
15	Torquen von [Zahnangabe]
16	Derotation von [Zahnangabe]
17	Intrusion von [Zahnangabe]
18	Extrusion von [Zahnangabe]
19	Mesialisation der Zähne [Zahnangabe]
20	Distalisation der Zähne [Zahnangabe]
21	Mittlenkorrektur

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
22	Transversale Erweiterung
23	Forcierte Gaumennahterweiterung
24	Chirurgisch unterstützte Gaumennahterweiterung
25	Chirurgische Entfernung des verlagerten Zahnes [Zahnangabe]
99	Sonstiges

6.32 Kennzeichen der Bisslage (Therapie) des Versicherten (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
01	Einstellen des physiologischen Overjet
02	Verringern des offenen Bisses
03	Einstellen des physiologischen Overbite
04	Einstellen in Neutralbisslage
05	Lösen und Überstellen der Bukkal-/Lingualokklusion [Zahnangabe]
06	Lösen und Überstellen des Kopfbisses [Zahnangabe]
07	Lösen und Überstellen des Kreuzbisses [Zahnangabe]
08	Korrektur der gnathischen Mittellinienverschiebung
09	Förderung des mandibulären Wachstums
10	Hemmung des mandibulären Wachstums
11	Förderung des maxillären Wachstums
12	Hemmung des maxillären Wachstums
13	Vorverlagerung der Mandibula
14	Protraktion der Maxilla
15	Dentoalveoläre Kompensation der Bisslage mit Klasse-II-Molarenrelation
16	Dentoalveoläre Kompensation der Bisslage mit Klasse-III-Molarenrelation
99	Sonstiges

6.33 Kennzeichen der verwendeten Geräte (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
01	Plattenapparaturen
02	VD-Platte
nn	Keine Verwendung
nn	Keine Verwendung
05	FKO-Gerät
06	Multibracketapparatur
07	Palatinal-/Transversalbogen (TPA)
08	Quadhelix
09	Lingualbogen
10	Lipbumper
11	Headgear
12	Gaumennahterweiterung (GNE)
13	Herbstscharnier
14	Delairemaske
15	Positioner
16	Retentionsgeräte
17	Retainer 33 - 43 (KIG E3 liegt vor)
18	Retainer 33 - 43 (KIG E4 liegt vor)
99	Sonstiges

6.34 Art der Mitteilung (KFO/ZER/PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Planmäßiger Abschluss der Behandlung (KFO): Die kieferorthopädische Behandlung wurde in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen.
2	Unplanmäßiger Verlauf (KFO)
3	Behandlungsabbruch (KFO)
4	KIG-Mitteilung (KFO)
5	Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung (KFO)
6	Zusätzlich erforderliche Leistungen (KFO)
7	Verlängerung Heil- und Kostenplan (ZE)
8	Mitteilung über eine chirurgische Therapie (PAR)

6.35 Grund unplanmäßiger Verlauf (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Schlechte Mundhygiene
2	Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
3	Behandlungsapparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen
4	Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
5	Behandlungsapparatur nicht sorgfältig behandelt und Reparatur notwendig
6	Längere Unterbrechung auf Grund von Auslandsaufenthalt
7	Längere Unterbrechung auf Grund von Wachstum/Zahnwechsel
8	Längere Unterbrechung aus sonstigem Grund, nämlich:
9	Verlust Behandlungsapparatur
10	Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

6.36 Grund Behandlungsabbruch (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
2	Behandlungsapparatur nicht den Anweisungen entsprechend getragen
3	Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
4	Behandlungsapparatur nicht sorgfältig behandelt
5	Längere Unterbrechung der Behandlung
6	Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

6.37 Kriterium Schwierigkeit von Behandlungsmaßnahmen 120 (KFO)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Größe der Bissverlagerung [„I“]
2	Lokalisation [„II“]
3	Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung [„III“]
4	Reaktionsweise (Alter, günstige Konstitution, Früh- und Spätbehandlung) [„IV“]

6.38 Zuschusshöhe (ZER)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
0	60 % / unbekannt
1	70 % / fünf Jahre durchgehend
2	75 % / zehn Jahre durchgehend
3	100 % (nur für Antwortdatensatz)

6.39 Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel (KFO/ZER/PAR/UPT/PMB)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
0	kein Krankenkassenwechsel und kein Behandlerwechsel bei KFO, ZER, PAR, PMB oder UPT
1	Behandlerwechsel Planübernahme bei KFO, PAR, PMB oder UPT (Einstieg in die Behandlung)
2	Behandlerwechsel Neuplanung bei KFO, PAR, PMB oder bei ZER
3	Krankenkassenwechsel bei KFO, PAR, UPT oder ZER
4	Gleichzeitiger Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel Planübernahme bei KFO (Einstieg in die Behandlung)
5	Gleichzeitiger Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel Neuplanung bei KFO
6	Krankenkassenwechsel, der zeitlich nach einem Behandlerwechsel mit Planübernahme („1“) erfolgt bei KFO, PAR, PMB oder UPT bzw. nach einem gleichzeitigen Krankenkassenwechsel und Behandlerwechsel Planübernahme („4“) bei KFO

6.40 Kennzeichen Diabetes (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Kein Diabetes
2	HbA 1c < 7,0 %
3	HbA 1c ≥ 7,0 %

6.41 Kennzeichen Rauchen (PAR)

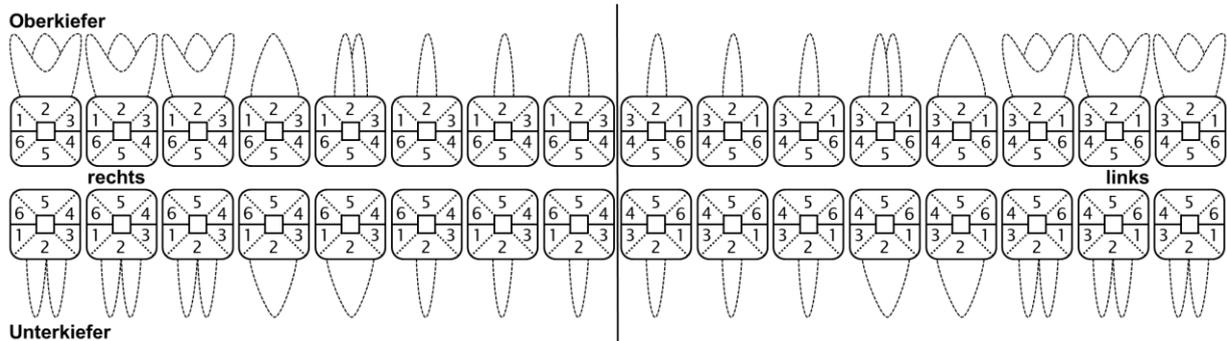
Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Kein Rauchen
2	< 10 Zigaretten/Tag
3	≥ 10 Zigaretten/Tag

6.42 Kennzeichen zum Zahnstatus (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Fehlender Zahn
2	nicht erhaltungswürdiger Zahn
3	Krone [optional]
4	Brückenpfeiler [optional]
5	Ersatz (herausnehmbar) [optional]
6	Implantat [optional]

6.43 Kennzeichen zur Lokalisation (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen				
1	distobukkal	oder	disto-buccal	oder	distofazial
2	bukkal		fazial		vestibulär
3	mesiobukkal		mesio-buccal		mesiofazial
4	mesiooral		mesio-lingual		-
5	oral		lingual		-
6	distooral		disto-lingual		-



6.44 Zahnlockerungsgrad (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
0	Normale Zahnbeweglichkeit
1	Gering in horizontaler Richtung (0,2 mm – 1 mm)
2	Moderat horizontal (mehr als 1 mm)
3	Ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und vertikal

6.45 Furkationsbefall (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
0	Keine Furkationsbeteiligung sondierbar
1	Bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar
2	Mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar
3	Durchgängig sondierbar

6.46 Begründung Anspruchsberechtigung § 22a SGB V (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
1	Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene
2	Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
3	Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen
4	Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST ≥ 6 mm (an Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

6.47 Bemerkungskennzeichen (PAR)

Schlüssel	Inhalt / Erläuterungen
01	Richtlinienüberschreitende Behandlung auf Wunsch des Versicherten an [Zahnangabe]
02	Behandlung umfasst überzähligen Zahn [Beschreibung siehe zusätzliche Bemerkung]
03	Behandlung umfasst Milchzahn [Zahnangabe]
99	Sonstiges