

# **Datenaustausch zwischen Krankenkassen (GKV) und Medizinischen Diensten (MD) im Bereich Rehabili- tation und Vorsorge**

## **Anlage 1.5**

### **verfahrensspezifische Datendefinition**

**Version 1.1**

**Stand: 20.06.2024**

**gültig ab 01.04.2025 (Testverfahren mit Testdaten)**

**01.07.2025 (Produktivverfahren)**

Dokument des  
Arbeitskreises  
DA GKV/MD Reha

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b><i>Änderungshistorie</i></b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b><i>Einleitung</i></b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b><i>Spezifikationen</i></b> .....	<b>4</b>
3.1	Allgemeines .....	5
<b>4</b>	<b><i>Beschreibung der Spaltenköpfe der Dokumentationstabellen</i></b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b><i>Aufbau/Struktur der Datensätze</i></b> .....	<b>6</b>
5.1	Geschäftsvorfall Beauftragung zur Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge- /Rehabilitationsmaßnahme .....	7
5.2	Geschäftsvorfall Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme .....	9
<b>6</b>	<b><i>Geschäftsvorfall Beauftragung zur Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge- /Rehabilitationsmaßnahme</i></b> .....	<b>10</b>
<b>6.1</b>	<b>Auftragsdaten Reha (ARE)</b> .....	<b>10</b>
6.1.1	Fragestellung (RRE) .....	13
6.1.2	Begleitperson (BPS) .....	13
6.1.3	Diagnosen (DIA).....	15
6.1.4	Tätigkeit (TAE).....	16
6.1.5	Krankenhausbehandlung (KHB).....	17
6.1.6	Leistungen zur stationären Vorsorge oder medizinischer Rehabilitation (REH) .....	18
6.1.7	Hilfsmittel (HPM).....	19
6.1.8	Heilmittel (HEM).....	20
6.1.9	Arbeitsunfähigkeit (AUF).....	21
6.1.10	Psychotherapie (PST).....	22
6.1.11	Andere Maßnahmen (ANM) .....	22

6.1.13	Leistungen zur ambulanten Vorsorge (AVO) .....	24
<b>7</b>	<b><i>Geschäftsvorfall Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme.....</i></b>	<b>25</b>
7.1	Rückgabe ohne Begutachtung (GOB) .....	25
7.2	Rückgabe gutachterliche Stellungnahme .....	26
	Gutachtendaten Vorsorge/Rehabilitation (GRE) .....	26
7.3	Zwischennachricht an die Krankenkasse (ZNK) .....	27

## 1 Änderungshistorie

Version	Beschreibung	Datum
1.0	Fertigstellung	13.09.2017
1.0	Redaktionelle Richtigstellung Abschnitt 5.1	23.04.2018
1.1	Fortschreibung	20.06.2024

## 2 Einleitung

In diesem Dokument werden die Datensätze zum Austausch von Daten zwischen den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst (MD) spezifiziert.

## 3 Spezifikationen

### 3.1 Allgemeines

Zur eindeutigen Zuordnung der Anhänge zu den Nutzdaten ist es notwendig, dass in einer Datenlieferung nur eine logische Datei mit nur einem Geschäftsvorfall enthalten ist.

Die Ausführungen zum logischen und physikalischen Dateinamen, detaillierte Regeln zur Übermittlung sowie das Format für angehängte Anlagen werden verfahrensübergreifend in der Anlage 2 „Technischen Anlage“ geregelt.

Für jeden Geschäftsvorfall, z. B. Beauftragung eines Gutachtens<sup>1</sup> für einen Versicherten bzw. die Rücksendung des Gutachtens, wird in diesem Dokument ein Datensatz definiert. Zusätzlich werden Datensätze spezifiziert, die optional übermittelt werden können.

Die Datensätze im Datenaustausch mit dem MD bestehen aus verfahrensspezifischen Segmenten welche in diesem Dokument beschrieben und gepflegt werden und verfahrensübergreifend vereinheitlichten Stammdatensegmenten, welche in der Anlage 1 „verfahrensübergreifende Datendefinition“ zur „verfahrensübergreifenden fachlichen Verfahrensbeschreibung“ beschrieben und gepflegt werden.

Es gilt stets die Version der Dokumente, die im Schlüssel V „TA\_Version“ des verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnisses (Anhang 1 zur Anlage 1 der „verfahrensspezifischen fachlichen Verfahrensbeschreibung“) genannt ist.

Die nachfolgende Dokumentation enthält die Spezifikation der Daten.

---

<sup>1</sup> Unabhängig davon, ob in diesem Dokument von Gutachten, Begutachtung oder guachterlicher Stellungnahme gesprochen wird, sind gutachterliche Stellungnahmen gem. § 275 SGB V gemeint.

#### 4 Beschreibung der Spaltenköpfe der Dokumentationstabellen

Feldname:	Name des Feldes
Format:	Format des Feldes
Muss-/Kannfeld:	Mussfeld (M) / Kannfeld (K)
Feldbezeichnung:	Bezeichnung des Feldes
Art der Prüfung:	Beschreibung der Prüfung(en), die auf das zugehörige Feld erfolgen

#### 5 Aufbau/Struktur der Datensätze

Die zu übermittelnden Datensätze setzen sich aus verschiedenen Datensegmenten zusammen. Einige Datensegmente sind immer zu liefern (z. B. Stammdaten, Auftragsdatensatz), andere Datensegmente sind nur dann zu liefern, wenn entsprechende Daten bei der Krankenkasse bzw. beim MD vorhanden sind. Dies sind z.B. Informationen zu Krankenhausbehandlungen, Hilfsmitteln, usw.

Nachfolgend ist der Aufbau der Datensätze erläutert. Die zu liefernden Datensegmente sind **fett** dargestellt, die optional zu liefernden Datensätze sind *kursiv* dargestellt. Der Zusatz „\*“ bedeutet, dass der Datensatz mehrfach geliefert werden kann. Segmente die verfahrensübergreifend geregelt sind, wurden mit grauer Hintergrundmarkierung versehen.

## 5.1 Geschäftsvorfall Beauftragung zur Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme

- **Stammdaten Krankenkasse (ASK)**
- **Stammdaten Versicherter (ASV)**
  - *Stammdaten Anderer Adressat (AAV)\**
- **Auftragsdaten Reha (ARE)**
  - **Stammdaten Arzt (BHA)**
  - *Stammdaten Leistungserbringer (SDL)*
  - **Fragestellung/Auftragsgrund (RRE)\***
  - *Diagnose (DIA)\**
  - *Begleitperson (BPS)\**
    - *Zugehörige Diagnosen (DIA)\**
  - *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (REH)\**
    - **Zugehörige Diagnosen (DIA)\***
  - *Tätigkeit (TAE)\**
  - *Krankenhausbehandlung (KHB)\**
    - **Zugehörige Diagnosen (DIA)\***
  - *Hilfsmittel / Pflegehilfsmittel (HPM)\**
    - *Zugehörige Diagnosen (DIA)\**
  - *Heilmittel (HEM)\**
    - *Zugehörige Diagnosen (DIA)\**
  - *Arbeitsunfähigkeit (AUF)\**
    - **Zugehörige Diagnosen (DIA)\***
  - *Psychotherapie (PST)\**
- *Andere Maßnahmen (ANM)\**

- Zugehörige Diagnosen (DIA)\*
- Datensätze Mitteilungsmanagement (DAM)\*
- Übergangspflege (UEP)\*
- Ambulante Vorsorgemaßnahme (AVO)\*
  - Zugehörige Diagnosen (DIA)\*
- Dokument (DOK)\*

oder

### Stornierungsmeldung

- Stammdaten Krankenkasse (ASK)
- Stammdaten Versicherter (ASV)
- Stornierung (AST)

## 5.2 Geschäftsvorfall Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme

### Rückgabe ohne Begutachtung

- Stammdaten MD (GSM)
- Stammdaten Krankenkasse (ASK)
- Stammdaten Versicherter (ASV)
- Rückgabe ohne Begutachtung (GOB)
  - *Dokument (DOK)*

oder

### Rückgabe mit gutachtlicher Stellungnahme

- Stammdaten MD (GSM)
- Stammdaten Krankenkasse (ASK)
- Stammdaten Versicherter (ASV)
- Gutachtendaten Vorsorge/Rehabilitation (GRE)
  - *Diagnosen DIA\**
  - *Dokument (DOK)\**

oder

### Zwischennachricht bei Verzögerungen

- Stammdaten MD (GSM)
- Stammdaten Krankenkasse (ASK)
- Stammdaten Versicherter (ASV)
- Zwischennachricht an die Krankenkasse (ZNK)

## 6 Geschäftsvorfall Beauftragung zur Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme

### 6.1 Auftragsdaten Reha (ARE)

Die Beauftragung ist ein **MUSS**-Segment und darf vom Empfänger nicht bearbeitet werden.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
ARE01	9(02)	M	Verfahrensart/Anspruchsgrundlage	Schlüssel „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V. Es sind nur die Schlüsselwerte der GKV (81, 82, 85, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95) zulässig.
ARE02	9(01)	M	Art der Vorsorge-/Reha-Leistung	Schlüssel M im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
ARE03	9(01)	M	Antragsart	Schlüssel L im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
ARE04	9(01)	M	Fristfall nach	0 = kein Fristfall 1 = § 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX 2 = § 13 Abs. 3a SGB V
ARE05	xs:date	K	Fristablauf bei Kasse (PRG-Frist)	Format = JJJ-MM-TT;

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
ARE06	X(02)	M	Auftragsart	Schlüssel A im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
ARE07	X(02)	M	Bearbeitungsverfahren	Schlüssel B im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
ARE08	X(02)	K	Indikationsgruppenzuordnung	Schlüssel „Indikationsgruppenzuordnung“ im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V
ARE09	xs:date	K	OP-Datum	Format = JJJJ-MM-TT
ARE10	9(01)	M	Derzeitiger Pflegegrad	Schlüssel D im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
ARE11	xs:date	K	Datum derzeitiger Pflegegrad seit	Format = JJJJ-MM-TT
ARE12	9(9)	K	IK des MD des letzten Pflegegutachtens	Es muss sich um ein gültiges IK handeln.
ARE13	X(..45)	K	Name des MD des letzten Pflegegutachtens	
ARE14	X(..255)	K	Pflegeart/Pflegeleistung nach SGB XI	Das Feld ist zwingend zu füllen, wenn Feld „Derzeitiger Pflegegrad“ des Segments ARE > 0 und < 6.
ARE15	9(..02)	M	Anzahl der Anlagen per Datenaustausch	Feld muss mindestens 1 Ziffer enthalten
ARE16	X(..255)	K	Erläuterung der Anlagen per Datenaustausch	

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
ARE17	9(..02)	M	Anzahl der Anlagen per Postweg	Feld muss mindestens 1 Ziffer enthalten
ARE18	X(..255)	K	Erläuterung der Anlagen per Postweg	
ARE19	9(01)	M	Unterlagen liegen bereits beim MD vor	0 = unbekannt 1 = ja
ARE20	X(..255)	K	Erläuterung Unterlagen, die bereits beim MD vorliegen	
ARE21	9(01)	K	Persönliche Übergabe der Anlagen bei SFB	1 = ja
ARE22	X(..255)	K	Erläuterung Anlagen, die persönlich bei SFB übergeben werden	
ARE23	9(01)	K	Schweigepflichtentbindung liegt vor	1 = ja
ARE24	xs:date	K	Datum Phasenwechsel	Feld ist zwingend zu füllen, wenn im Feld „Antragsart“ des Segments ARE der Schlüsselwert 3 ausgewählt wird.
ARE25	xs:date	K	Datum Verlängerungsende	Format = JJJJ-MM-TT;
ARE26	9(..3)	K	Anzahl Verlängerungstage	
ARE27	9(..2)	K	Anzahl Therapieeinheiten	
ARE28	X(02)	M	Personenkreis	Schlüssel J im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gemäß Anhang 1 dieses Dokumentes

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
ARE29	X(..255)	K	Sonstiger Personenkreis	
ARE30	X(..10000)	K	Sonstige Hinweise	

### 6.1.1 Fragestellung (RRE)

Die Fragestellung ist ein **MUSS**-Segment und enthält die Fragestellungen der Krankenkasse zum beauftragten Fall; ggf. mit Begründung in Freitextform. Dieser Datensatz kann bis zu 99 Mal übermittelt werden. Zu jedem Auftrag muss eine führende Frage formuliert werden.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
RRE01	X(02)	M	Fragestellung	Schlüssel C im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
RRE02	9(01)	M	Führende Frage	0=nein; 1=ja;
RRE03	X(..10000)	K	Begründung der Fragestellung	

### 6.1.2 Begleitperson (BPS)

In diesem Segment können alle Arten von Begleitpersonen angegeben werden. Die Angabe der Begleitperson ist ein **KANN**-Segment und kann bis zu 15 Mal übermittelt werden. Wenn im Feld „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ des Segments ARE die Schlüsselzahl 94 oder

95 ausgewählt wird, kann in dem Datensatz BPS das Kind im Rahmen der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme angegeben werden. Sofern die angegebene Begleitperson ein behandlungsbedürftiges Kind ist (Feld „Art der Begleitperson“ des Segments BPS enthält Schlüsselwert 4), muss dem Segment 1–99 zugehörige Diagnose(n) (DIA) zum behandlungsbedürftigen Kind angegeben werden.

<b>Feld- name</b>	<b>Format</b>	<b>Muss-/ Kannfeld</b>	<b>Feld- bezeichnung</b>	<b>Art der Prüfung</b>
BPS01	X(..45)	K	Name	Name muss mindestens 1 Buchstaben enthalten
BPS02	X(..45)	K	Vorname	Vorname muss mindestens 1 Buchstaben enthalten
BPS03	X(..20)	K	Namenszusätze	
BPS04	X(..20)	K	Vorsatzwort	
BPS05	X(..20)	K	Titel	
BPS06	xs:date	K	Geburtsdatum	Format = JJJJ-MM-TT
BPS08	X(01)	M	Art der Begleitperson	Schlüssel N im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes

### 6.1.3 Diagnosen (DIA)

#### Begutachtungsauftrag

Der Datensatz Diagnosen ist ein **KANN**-Segment. Er ist immer zu liefern, wenn im Feld „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ des Segments ARE die Schlüsselzahl 82, 86, 87, 92, 93 oder 95 ausgewählt wird, da bei Rehabilitationsleistungen immer eine Diagnose vorliegen muss. Er kann im Geschäftsvorfall Beauftragung bis zu 99 Mal übermittelt werden.

#### Begutachtung

Der Datensatz Diagnosen ist ein **KANN**-Segment und kann bis zu 99 Mal zum Segment GRE übermittelt werden. Wenn ein Gutachten erstellt wird, ist immer mindestens eine Diagnose anzugeben, bei einer SFB kann eine Diagnose angegeben werden.

Hinweis für die Reihenfolge der Diagnosen bei der Rückgabe der gutachterlichen Stellungnahme: Im Geschäftsvorfall Begutachtung ist gemäß Punkt 4.3 der Gemeinsamen Empfehlung Begutachtung der BAR jede rehabilitationsrelevante ICD-Diagnose einzeln aufzulisten und nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung zu ordnen. Dabei ist die Diagnose an den Anfang zu stellen, aus der die für die Leistung wesentlichen Krankheitsauswirkungen resultieren.

Die Felder DIA01 und DIA05 sind zwingend zu befüllen, jedoch immer nur eines von beiden. Sofern ein Diagnoseschlüssel (ICD) vorhanden ist, ist vorrangig dieser zu liefern.

Feldname	Format	Muss-/Kannfeld	Feldbezeichnung	Art der Prüfung
DIA01	X(3..09)	M	Diagnoseschlüssel (ICD)	Das Feld muss an der ersten Stelle einen Großbuchstaben und an den zwei folgenden Stellen Ziffern aufweisen.
DIA02	X(01)	K	Diagnosesicherheit	Schlüssel 17 im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V
DIA03	X(01)	K	Seitenlokalisation	Schlüssel 16 im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
DIA04	9(04)	K	ICD-Version/Diagnosekatalog	Format = JJJ
DIA05	X(..255)	M	Diagnose in Klartext	
DIA06	X(01)	K	Behandlungsergebnis	Schlüssel „Diagnose-Behandlungsergebnis“ im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V

#### 6.1.4 Tätigkeit (TAE)

Der Datensatz Tätigkeit ist ein **KANN**-Segment und kann bis zu 9 Mal übermittelt werden.

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
TAE01	X(09)	M	Tätigkeitsschlüssel	Es muss sich um einen Tätigkeitsschlüssel handeln. 6. Stelle: 1, 2, 3, 4 oder 9 7. Stelle: 1, 2, 3, 4, 5, 6 oder 9 8. Stelle: 1 oder 2 9. Stelle: 1, 2, 3 oder 4

### 6.1.5 Krankenhausbehandlung (KHB)

Der Datensatz KHB enthält relevante Informationen über Krankenhausbehandlungen, die im letzten halben Jahr vor bzw. während der Auftragserteilung (Datum des Gutachtenauftrages) durchgeführt wurden, darüber hinausgehende Zeiträume können zusätzlich durch die Krankenkasse angegeben werden. Wenn im Feld „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ des Segments ARE die Schlüsselzahl 87 oder 93 ausgewählt wird, ist der Datensatz KHB zu liefern, sofern der Krankenkasse die Daten aus dem Datenaustausch mit Krankenhäusern nach § 301 Abs. 1 SGB V vorliegen. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je ARE geliefert werden. Jeder Datensatz KHB muss eine und kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feldname	Format	Muss-/Kannfeld	Feldbezeichnung	Art der Prüfung
KHB01	xs:date	M	Datum Krankenhausaufnahme	Format = JJJ-MM-TT
KHB02	xs:date	K	Datum Krankenhausentlassung	Format = JJJ-MM-TT Datum Krankenhausentlassung gleich oder größer Datum Krankenhausaufnahme
KHB03	9(09)	M	IK des Krankenhauses	Es muss sich um ein gültiges IK handeln.
KHB04	9(09)	M	Standortnummer	Es muss sich um eine gültige Nummer aus dem Standortverzeichnis handeln.
KHB05	X(..45)	M	Name des Krankenhauses	Feld muss mindestens 1 Zeichen enthalten.
KHB06	X(..56)	K	Straße/Hausnummer	
KHB07	X(..10)	K	Postleitzahl	

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
KHB08	X(..40)	K	Ort	
KHB09	X(..20)	K	Telefon des Krankenhauses	
KHB10	X(..20)	K	Telefax des Krankenhauses	

### 6.1.6 Leistungen zur stationären Vorsorge oder medizinischer Rehabilitation (REH)

Der Datensatz REH ist ein **KANN**-Segment und enthält relevante Informationen über Leistungen der stationären Vorsorge (der letzten 3 Jahre) oder der medizinischen Rehabilitation (der letzten vier Jahre), die vor bzw. während Auftragserteilung (Datum des Gutachtenauftrages) durchgeführt wurden, darüberhinausgehende Zeiträume können zusätzlich durch die Krankenkasse angegeben werden. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je ARE geliefert werden. Jeder Datensatz REH muss eine und kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten. Bei Verlängerungsanträgen (Schlüsselwert 2 im Feld „Antragsart“ des Segments ARE) ist hier der Beginn und das Ende sowie die weiteren Daten zur bisher bewilligten Maßnahme zu erfassen. Sollte sich innerhalb einer neurologischen Rehabilitationmaßnahme die Phase und somit die Indikationsgruppe geändert haben, ist für jede Phase ein eigener Datensatz REH zu melden.

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
REH01	xs:date	M	Beginn der Vorsorge-/Reha-Leistung	Format = JJJ-MM-TT

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
REH02	xs:date	K	Ende der Vorsorge-/Reha-Leistung	Format = JJJ-MM-TT Datum REHA-Ende größer als das Datum REHA-Beginn
REH03	9(09)	K	IK der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung	Es muss sich um ein gültiges IK handeln
REH04	X(..45)	K	Name der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung	Name muss mindestens 1 Buchstabe enthalten
REH05	9(02)	K	Verfahrensart/Anspruchsgrundlage	Schlüssel „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V. Es sind nur die Schlüsselwerte der GKV (81, 82, 85, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95) zulässig.
REH06	9(01)	K	Art der Vorsorge-/Reha-Leistung	Schlüssel M im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
REH07	X(02)	K	Indikationsgruppenzuordnung	Schlüssel „Indikationsgruppenzuordnung“ im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V
REH08	X(..45)	K	Träger der Maßnahme	

### 6.1.7 Hilfsmittel (HPM)

Der Datensatz HPM ist ein **KANN**-Segment und gibt Auskunft, ob der Versicherte vor Auftragserteilung (Datum des Gutachtenauftrages) mit rehabilitationsrelevanten Hilfsmitteln versorgt wurde oder solche beantragt hat. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je ARE geliefert werden. Jeder Datensatz HPM kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
HPM01	9(1..10)	M	Hilfsmittel-/Pseudopositionsnummer	HMNR muss im Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V gelistet sein, ersatzweise kann eine Pseudopositionsnummer von den Krankenkassen eingetragen werden.
HPM02	X(1..255)	M	Bezeichnung des Hilfsmittels	muss mindestens einen Buchstaben enthalten
HPM03	9(01)	M	Status	Schlüssel I im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
HPM04	xs:date	M	Datum	Format = <code>JJJ-MM-TT</code>

### 6.1.8 Heilmittel (HEM)

Der Datensatz HEM ist ein **KANN**-Segment und gibt Auskunft, ob der Versicherte in den letzten 3 Jahren vor oder während der Auftragserteilung (Datum des Gutachtauftrages) mit relevanten Heilmitteln in Deutschland versorgt wurde/wird oder diese beantragt hat, darüberhinausgehende Zeiträume können zusätzlich durch die Krankenkasse angegeben werden. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je ARE geliefert werden. In diesem Segment werden auch Heilmittel angegeben, die im Rahmen einer ambulanten Vorsorgemaßnahme abgerechnet wurden (Abrechnungspositionsnummern die mit 8 beginnen). Jeder Datensatz HEM kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
HEM01	9(..5)	M	Heilmittelpositionsnummer	muss mindestens eine Ziffer enthalten
HEM02	X(..255)	M	Bezeichnung des Heilmittels	muss mindestens einen Buchstaben enthalten
HEM03	xs:date	M	Beginn der Leistung	Format = JJJJ-MM-TT
HEM04	xs:date	M	Ende der Leistung	Format = JJJJ-MM-TT
HEM05	9(..5)	M	Menge der Leistung	muss mindestens 1 Zeichen enthalten

### 6.1.9 Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Der Datensatz AUF ist ein **KANN**-Segment und gibt Auskunft, ob der Versicherte im letzten halben Jahr vor bzw. während der Auftragserteilung (Datum des Gutachtenauftrages) relevant arbeitsunfähig war/ist, darüber hinausgehende Zeiträume können zusätzlich durch die Krankenkasse angegeben werden. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je ARE geliefert werden. Jeder Datensatz AUF muss eine und kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
AUF01	xs:date	M	Beginn der AU	Format = JJJJ-MM-TT
AUF02	xs:date	K	Ende der AU	Format = JJJJ-MM-TT

### 6.1.10 Psychotherapie (PST)

Der Datensatz PST ist ein **KANN**-Segment und gibt Auskunft, ob der Versicherte im letzten halben Jahr vor bzw. während der Auftragserteilung (Datum des Gutachtenauftrages) relevante psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen hat, darüber hinausgehende Zeiträume können zusätzlich durch die Krankenkasse angegeben werden. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je ARE geliefert werden.

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
PST01	xs:date	M	Beginn	Format = JJJ-MM-TT
PST02	xs:date	K	Ende	Format = JJJ-MM-TT
PST03	9(..3)	M	Anzahl	Feld muss mindestens eine Ziffer enthalten.
PST04	X(..255)	M	Bezeichnung der Maßnahme	muss mindestens 1 Zeichen enthalten

### 6.1.11 Andere Maßnahmen (ANM)

Der Datensatz ANM ist ein **KANN**-Segment und gibt Auskunft, ob der Versicherte im letzten halben Jahr vor bzw. während der Auftragserteilung (Datum des Gutachtenauftrages) andere relevante Krankenbehandlungen erhalten hat, darüber hinausgehende Zeiträume können zusätzlich durch die Krankenkasse angegeben werden. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je ARE geliefert werden. Jeder Datensatz ANM kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
ANM01	X(02)	M	Maßnahme	Schlüssel K im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 der verfahrensspezifischen Datendefinition
ANM02	X(..255)	K	Bezeichnung der Maßnahme	Feld ist bei Schlüsselwert 99 in Feld ANM01 zwingend zu füllen.
ANM03	9(..03)	M	Anzahl der Leistungseinheiten	Feld muss mindestens 1 Ziffer enthalten
ANM04	xs:date	K	Beginn der Maßnahme	Format = JJJ-MM-TT
ANM05	xs:date	K	Ende der Maßnahme	Format = JJJ-MM-TT

### 6.1.12 Übergangspflege (UEP)

Der Datensatz UEP ist ein **KANN**-Segment und enthält Informationen über Zeiten der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V (UEP) ab 3 Jahre vor Auftragserteilung. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal geliefert werden.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
UEP01	xs:date	M	Beginn der Übergangspflege	Format = JJJJ-MM-TT
UEP02	xs:date	K	Ende der Übergangspflege	Format = JJJJ-MM-TT Datum des Beginns der Übergangspflege muss gleich oder größer dem Datum des Endes der Übergangspflege sein.
UEP03	9(09)	M	IK des Krankenhauses	Es muss sich um eine gültige IK-Nummer handeln.
UEP04	9(09)	M	Standortnummer	Es muss sich um eine gültige Nummer aus dem Standortverzeichnis handeln.
UEP05	X(..45)	M	Name des Krankenhauses	Feld muss mindestens 1 Zeichen enthalten.
UEP06	X(..56)	K	Straße/Hausnummer	
UEP07	X(..10)	K	Postleitzahl	

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
UEP08	X(..40)	K	Ort	
UEP09	X(..20)	K	Telefon des Krankenhauses	
UEP10	X(..20)	K	Telefax des Krankenhauses	

### 6.1.13 Leistungen zur ambulanten Vorsorge (AVO)

Der Datensatz AVO ist ein **KANN**-Segment und enthält relevante Informationen über Leistungen der ambulanten Vorsorge (der letzten 3 Jahre), die vor bzw. während Auftragserteilung (Datum des Gutachtenauftrages) durchgeführt wurden, darüberhinausgehende Zeiträume können zusätzlich durch die Krankenkasse angegeben werden. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je ARE geliefert werden. Jeder Datensatz AVO kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten. Die zur ambulanten Vorsorgemaßnahme gehörenden Heilmittel werden wie alle anderen Heilmittel im Segment „Heilmittel (HEM)“ angegeben sofern sie in Deutschland abgegeben wurden. Bei Abgabe im Ausland kann in der Regel nur über das Feld AVO05 angegeben werden, dass eine Erstattung an den Versicherten erfolgte.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
AVO01	xs:date	M	Bewilligungsdatum	Format = JJJ-MM-TT
AVO02	Xs:date	K	Beginn der Vorsorgeleistung	Format = JJJ-MM-TT
AVO03	xs:date	K	Ende der Vorsorgeleistung	Format = JJJ-MM-TT
AVO04	X(..45)	K	Kurort	Name muss mindestens 1 Buchstabe enthalten
AVO05	X(01)	K	Erstattung	1=ja

## 7 Geschäftsvorfall Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme

### 7.1 Rückgabe ohne Begutachtung (GOB)

Der Datensatz GOB ist ein **KANN**-Segment. Sofern der MD im Ausnahmefall Unterlagen an die Krankenkasse übermitteln will, kann dem Segment GOB maximal ein PDF-Dokument als Anlage beigefügt werden. Wenn das Feld GOB02 die Schlüsselzahl 99 enthält, muss das Feld GOB03 gefüllt werden. Technische Fehler sind nicht mit diesem Segment sondern außerhalb des DA MD zu melden. Sofern die Rückgabe ohne Begutachtung mit dem Rückgabegrund 01 „Stornierung durch Krankenkasse“ erfolgt, sind keine Dokumente beizufügen um Mehraufwände bei den Krankenkassen zu vermeiden.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
GOB01	xs:date	M	Eingangsdatum beim MD	Format = JJJ-MM-TT Eingangsdatum darf nicht größer dem Verarbeitungsdatum sein
GOB02	X(02)	M	Rückgabegrund	Schlüssel G im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
GOB03	X(..1000)	K	Erläuterung zum Rückgabegrund	

## 7.2 Rückgabe gutachterliche Stellungnahme

### Gutachtendaten Vorsorge/Rehabilitation (GRE)

Der Datensatz GRE ist ein **KANN**-Segment und enthält Daten der gutachtlichen Stellungnahme Vorsorge/Rehabilitation. Jedes Segment GRE kann maximal 99 DIA Untersegmente enthalten. Zur Reihenfolge der Diagnosen siehe Hinweis unter Abschnitt 6.1.3 – Diagnosen (DIA). Das Segment GRE enthält als Anlage mindestens 1, maximal 99 Segment „DOK“. In dieser Anlage ist das Gutachten zu übermitteln. Sofern der MD im Ausnahmefall weitere Unterlagen an die Krankenkasse übermitteln möchte, sind diese als eigene PDF-Dokumente nach dem Gutachten anzufügen.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
GRE01	xs:date	M	Eingangsdatum beim MD	Format = JJJJ-MM-TT Eingangsdatum darf nicht größer als Verarbeitungsdatum sein
GRE02	X(02)	M	Erledigungsart	Schlüssel H im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
GRE03	xs:date	M	Begutachtungsdatum	Format= JJJJ-MM-TT
GRE04	9(01)	M	Ergebnis MD	Schlüssel E im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
GRE05	X(..10000)	M	Sozialmedizinische Stellungnahme	Feld muss mindestens 1 Zeichen enthalten

Feld- name	Format	Muss-/ Kannfeld	Feld- bezeichnung	Art der Prüfung
GRE06	9(..02)	M	Anzahl der Anlagen per Datenaustausch	Feld muss mindestens 1 Ziffer enthalten
GRE07	X(..255)	K	Erläuterung Anlagen per Datenaustausch	
GRE08	9(01)	M	Anzahl der Anlagen per Postweg	muss eine Ziffer enthalten; können auch Anlagen der Krankenkasse sein – z.B. Röntgenbilder
GRE09	X(..255)	K	Erläuterung Anlagen per Postweg	
GRE10	9(01)	M	Begutachtungsergebnis dem Versicherten mitgeteilt	0 = nein, 1 = ja
GRE11	9(01)	K	Identitätsnachweis gefordert	1 = ja
GRE12	9(01)	K	Identität bestätigt	0 = nein, 1 = ja

### 7.3 Zwischennachricht an die Krankenkasse (ZNK)

Der Datensatz ZNK ist ein **KANN**-Segment und enthält eine Zwischennachricht des MD an die Krankenkasse (z. B. über Verzögerungsgründe im Begutachtungsverfahren oder die Einladung zur persönlichen Begutachtung). Verzögerungsgründe hat der MD anlassbezogen an die Krankenkasse zu senden, d. h. unverzüglich nachdem er von der Verzögerung Kenntnis erlangt hat. Sofern nach 14<sup>2</sup> bzw. 21<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Wenn im Feld „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ des Segments ARE der Schlüsselwert 82, 86, 87, 92, 93 oder 95 ausgewählt wird.

<sup>3</sup> Wenn im Feld „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ des Segments ARE der Schlüsselwert 81, 85, 91 oder 94 ausgewählt wird.

Tagen ab Beauftragung des MD durch die Krankenkasse keine Zwischennachricht über Verzögerungsgründe vorliegt, ist davon auszugehen, dass der MD das Gutachten innerhalb der in § 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX bzw. § 13 Abs. 3a SGB V genannten Frist zur Verfügung stellt. Die Felder ZNK05, ZNK06 und ZNK07 enthalten Informationen zum Ort der Begutachtung. Mit dem Segment ZNK kann der Begutachtungsauftrag weder Krankenkassen- noch MD-seitig beendet oder storniert werden.

Feldname	Format	Muss-/Kannfeld	Feldbezeichnung	Art der Prüfung
ZNK01	X(02)	M	Grund Zwischennachricht	Schlüssel F im verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokuments
ZNK02	X(..255)	K	Erläuterung	
ZNK03	xs:date	K	Datum des Termins zur Begutachtung beim MD	Format = JJJJ-MM-TT
ZNK04	Xs:time	K	Uhrzeit des Termins zur Begutachtung beim MD	Format = hh(00-23):mm(00-59):ss(00-59)
ZNK05	X(..56)	K	Straße/Hausnummer	
ZNK06	X(..10)	K	Postleitzahl	
ZNK07	X(..40)	K	Ort	