

Datenaustausch zwischen Krankenkassen (GKV) und Medizinischen Diensten (MD) im Bereich Vorsorge und Rehabilitation

Anhang 2 verfahrensspezifische Befüllungshinweise

**zur 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
Datenaustausch GKV/MD Reha**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Beschreibung der Spaltenköpfe der nachfolgenden Tabellen	4
3. Geschäftsvorfall Beauftragung zur Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme 5	
3.1 Auftragsdaten Reha (ARE).....	5
3.1.1 Fragestellung (RRE)	10
3.1.2 Begleitperson (BPS)	10
3.1.3 Diagnosen (DIA).....	11
3.1.4 Tätigkeit (TAE)	12
3.1.5 Krankenhausbehandlung (KHB)	13
3.1.6 Leistungen zur Vorsorge oder medizinischen Rehabilitation (REH).....	14
3.1.7 Hilfsmittel (HPM)	16
3.1.8 Heilmittel (HEM)	17
3.1.10 Arbeitsunfähigkeit (AUF).....	18
3.1.11 Psychotherapie (PST).....	18
3.1.12 Andere Maßnahme (ANM).....	19
3.1.13 Übergangspflege (UEP).....	19
3.1.14 Leistungen zur ambulanten Vorsorge (AVO).....	21
4. Geschäftsvorfall Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme	22
4.1 Rückgabe ohne Begutachtung (GOB).....	22
4.2 Gutachtendaten Vorsorge/Rehabilitation (GRE).....	22
4.3 Zwischennachricht an die Krankenkasse (ZNK).....	24

Änderungshistorie

Version	Beschreibung	Datum
1.0	Fertigstellung des Entwurfs	10.01.2017
1.0	Fertigstellung	13.09.2017
1.0	Fehlerkorrektur Feld REH01: neuen „alten“ Felder KHB01 und 02: Neuer Hinweis zu „StäB“ erfasst	14.03.2018
1.1	Fortschreibung	20.06.2024

1. Einleitung

Dieses Dokument soll einen detaillierten Einblick darüber verschaffen, mit welchen Inhalten die Felder der verfahrensspezifischen Datendefinition nach Anlage 1.5 zu füllen sind. Dabei ist insbesondere auf das Schlüsselverzeichnis (Anhang 1 zur Anlage 1.5) zu verweisen.

2. Beschreibung der Spaltenköpfe der nachfolgenden Tabellen

Feldname: Der Feldname ist die Kurzbezeichnung des Feldes als Schlüssel

Feldbezeichnung: Die Feldbezeichnung ist die Bezeichnung des Feldes als sprechende Langfassung

Befüllungshinweis: Detaillierte Angabe darüber, wie das bezeichnete Feld in der Datensatzgruppe zu befüllen ist.

3. Geschäftsvorfall Beauftragung zur Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme

3.1 Auftragsdaten Reha (ARE)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
ARE01	Verfahrensart/Anspruchsgrundlage	Hier ist die Verfahrensart/Anspruchsgrundlage der Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme zu übermitteln. Für die Übermittlung gilt Schlüssel „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V (siehe unter www.gkv-datenaustausch.de). Bei amb. Vorsorgeleistungen ist Schlüsselwert 91 auszuwählen, auch wenn amb. Vorsorgeleistungen im DA Reha (TP4b) nicht abgebildet werden.
ARE02	Art der Vorsorge-/Reha-Leistung	Hier ist die Art der Vorsorge-/Reha-Leistung gemäß Schlüssel M aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben.
ARE03	Antragsart	Hier ist die Art der Vorsorge-/Reha-Leistung gemäß Schlüssel L aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben. Daraus wird erkennbar worum es sich bei dem Antrag des Versicherten bei der Krankenkasse handelt.
ARE04	Fristfall nach	0 = kein Fristfall 1 = § 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX 2 = § 13 Abs. 3a SGB V Ausprägung „0“ kann immer ausgewählt werden unabhängig davon was in Feld ARE01 steht; kein Fristfall liegt vor bei Widerspruchsfall, Leistung im Vorfeld beschafft u.a. Die Ausprägung „1“ erfolgt, wenn im Feld „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ im Segment ARE der Schlüsselwert 82, 86, 87, 92, 93 oder 95 oder 99 ausgewählt wird. Dann fällt die Begutachtung unter die Frist nach 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		<p>Die Ausprägung „2“ erfolgt, wenn im Feld „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ im Segment ARE der Schlüsselwert 81, 85, 91 oder 94 oder 99 ausgewählt wird. Dann fällt die Begutachtung unter das Patientenrechtegesetz wonach die entsprechenden Fristen zu beachten sind.</p> <p>Bei der Ausprägung „1“ bildet der MD selbstständig die Frist abhängig vom Datum der Auftragserteilung.</p> <p>Bei der Ausprägung „2“ bildet die Krankenkasse die Frist und abhängig vom Antragseingang und teilt sie im Feld ARE05 dem MD mit.</p>
ARE05	Fristablauf bei Kasse (PRG-Frist)	Das Feld ist zwingend zu füllen, wenn im Feld „Fristfall nach“ im Segment ARE die Ausprägung 2 angegeben wird. Hier ist anzugeben, wann die Frist nach dem Patientenrechtegesetz (§ 13 Abs. 3a SGB V) bei der Krankenkasse endet.
ARE06	Auftragsart	Hier ist die Auftragsart gemäß Schlüssel A aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben. Daraus wird erkennbar worum es sich bei dem Auftrag der Krankenkasse an den MD handelt.
ARE07	Bearbeitungsverfahren	<p>Hier ist die Art der Bearbeitung gemäß Schlüssel B aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben. Die Krankenkasse teilt hierdurch mit, ob sie eine sozialmedizinische Fallberatung (SFB) oder eine Begutachtung wünscht.</p> <p>Die Vereinbarung von Terminen zur sozialmedizinischen Fallberatung erfolgt außerhalb des DA-Verfahrens.</p>
ARE08	Indikationsgruppenzuordnung	Hier kann die Indikationsgruppenzuordnung gemäß Anhang 3 Abschnitt 3.2 im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V (siehe unter www.gkv-datenaustausch.de) angegeben werden. Das Feld kann bei Verlängerungsanträgen im DA Reha nach § 301 Abs. 4 SGB V (TP4b) von der Einrichtung geliefert werden.
ARE09	OP-Datum	Sofern es für die beantragte Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme relevant ist, kann hier das Datum angegeben werden, an dem die zugehörige OP durchgeführt wurde.

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
ARE10	Derzeitiger Pflegegrad	Hier ist der Pflegegrad gemäß Schlüssel D aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben. Wenn bisher nur ein Pflegeantrag gestellt wurde, kann dies auch mit diesem Schlüssel abgebildet werden.
ARE11	Datum derzeitiger Pflegegrad seit	Hier kann das Datum seit wann der jeweilige Pflegegrad besteht erfasst werden. Das Feld ist zwingend zu füllen, wenn Feld „Derzeitiger Pflegegrad“ des Segments ARE > 0 und < 6. Der Beginn der aktuell beim beantragenden Versicherten bestehenden Pflegestufe ist aus dem Bestandssystem der Pflegekasse zu übernehmen.
ARE12	IK des MD des letzten Pflegegutachtens	Sofern ein Pflegegutachten zur Beurteilung von Pflegebedürftigkeit erstellt wurde, ist an dieser Stelle das Institutionskennzeichen des MD anzugeben, der das letzte Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erstellt hat.
ARE13	Name des MD des letzten Pflegegutachtens	Sofern ein Pflegegutachten zur Beurteilung von Pflegebedürftigkeit erstellt wurde, aber im Feld ARE12 kein IK gefüllt sein, ist hier der Name des MD anzugeben, der das letzte Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erstellt hat.
ARE14	Pflegeart/Pflegeleistung nach SGB XI	Freitext: Liegt ein Pflegegrad vor, ist ergänzend anzugeben, welche Pflegeart/Pflegeleistungen nach dem SGB XI durchgeführt werden. Bedingung: Feldbezeichnung „Derzeitiger Pflegegrad“ wurde mit einem Schlüsselwert > 0 und < 6 befüllt.
ARE15	Anzahl der Anlagen per Datenaustausch	Hier ist die Anzahl der Anlagen von 0 bis 99 anzugeben. Hierbei handelt es sich nur um die Anlagen, die als PDF-Dokumente mit der XML-Instanzdatei übermittelt werden. Handelt es sich um eine Folgebegutachtung (Feld Auftragsart im Segment ARE: Schlüsselwert 02-03) nach vorheriger SFB, ist die vorangegangene SFB-Dokumentation als PDF-Dokument mitzuliefern. Sofern die Sozialmedizinische Fallberatung auch im Datenaustausch abgebildet wurde, muss die vorangegangene Dokumentation der Fallberatung nicht mitgeliefert werden; es sei denn, aufgrund des Wohnortprinzips ist für die Begutachtung ein anderer MD zuständig. Gleiches gilt für dem MD vorliegende Gutachten.
ARE16	Erläuterung der Anlagen per Datenaustausch	Freitext
ARE17	Anzahl der Anlagen per Postweg	Hier ist die Anzahl der Anlagen von 0 bis 99 anzugeben, die parallel zu der elektronischen Übermittlung eines Falles per Postweg (Papier) von der Krankenkasse übersendet werden. Über Unterlagen, die die Krankenkasse beim Leistungserbringer angefordert hat und die direkt an den MD übermittelt werden sollen, informiert die Krankenkasse den MD innerhalb

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		des DA GKV/SPV MD Mittelungsmanagement (MiMa). Da die Übermittlung von Anlagen per Post die Ausnahme darstellt, wird empfohlen zur Reduzierung des Befüllungsaufwandes für die Krankenkassen, das Feld mit „0“ vorzubelegen.
ARE18	Erläuterung der Anlagen per Postweg	Freitext: Wenn die Anzahl im Feld Anzahl der Anlagen per Postweg des Segments ARE größer 0 ist, ist hier mit Hilfe von Freitext zu beschreiben, welche Anlagen per Post versendet wurden.
ARE19	Unterlagen liegen bereits beim MD vor	<p>Hier muss angegeben werden, ob bereits Unterlagen dem MD vorliegen. 0 = unbekannt; 1 = ja</p> <p>Dies können Unterlagen sein, die bereits im Vorgutachten oder in einer vorherigen SFB vorlagen oder deren Eingang mittels MiMa bestätigt wurde.</p> <p>Die Information wird vom MD benötigt, um die betreffenden Unterlagen anzufordern, falls die SFB von einem anderen MD durchgeführt wurde. Zur Reduktion des Befüllungsaufwandes ist es möglich, das Feld mit „0“ (=„nein“) vorzubelegen.</p> <p>Wenn dem MD Unterlagen in einer vorherigen Fallberatung vorlagen, soll dies in ARE19 und ARE20 mitgeteilt werden.</p>
ARE20	Erläuterung Unterlagen, die bereits beim MD vorliegen	<p>Freitext: Hier kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Unterlagen dem MD bereits vorliegen.</p> <p>Wenn dem MD Unterlagen in einer vorherigen Fallberatung vorlagen, soll dies in ARE19 und ARE20 mitgeteilt werden.</p>
ARE21	Persönliche Übergabe der Anlagen bei SFB	Hier kann angegeben werden, ob dem MD bei der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) Unterlagen persönlich übergeben werden. 1 = ja; erfolgt keine Befüllung, geht der MD von „nein“ aus
ARE22	Erläuterung Anlagen, die persönlich bei SFB übergeben werden	Freitext: Hier kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Unterlagen dem MD bei der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) persönlich übergeben werden.
ARE23	Schweigepflichtentbindung liegt vor	<p>Die Angabe in diesem Feld bezieht sich auf das Vorliegen einer Schweigepflichtentbindungserklärung bei der Krankenkasse in Bezug auf die Anforderung von Entlassungsberichten durch den MD. 1 = ja;</p> <p>Wenn Schlüsselwert 1 ausgewählt wurde kann die Schweigepflichtentbindungserklärung mit dem Segment „DOK“ mitgeliefert werden. Sollte sie als eigenes Dokument vorliegen, ist hierfür Schlüsselwert 6 im Schlüssel „Dokumenttyp“ des verfahrensübergreifenden Schlüsselverzeichnisses auszuwählen. Ist die Schweigepflichtentbindungserklärung in einem anderen Dokument integriert welches dem Auftragsdatensatz ohnehin beigefügt wird z.B. Antrag des Versicherten oder Selbstauskunftsbogen, so wird diese nicht gesondert im Schlüssel „Dokumenttyp“ erwähnt.</p>

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
ARE24	Datum Phasenwechsel	Sofern im Feld Antragsart des Segments ARE der Schlüsselwert 3 erfasst wurde, ist hier das Datum des Phasenwechsels zu erfassen. Das Feld muss bei Anträgen auf Phasenwechsel im DA Reha nach § 301 Abs. 4 SGB V (TP4b) von der Einrichtung geliefert werden.
ARE25	Datum Verlängerungsende	Sofern im Feld Antragsart des Segments ARE der Schlüsselwert 2 erfasst wurde, kann hier das voraussichtliche Datum des Endes einer Reha-Leistung erfasst werden. Das Feld muss bei Anträgen auf Verlängerung im DA Reha nach § 301 Abs. 4 SGB V (TP4b) von der Einrichtung geliefert werden.
ARE26	Anzahl Verlängerungstage	Sofern im Feld Antragsart des Segments ARE der Schlüsselwert 2 erfasst wurde, muss hier die Anzahl der beantragten Verlängerungstage einer Reha-Leistung erfasst werden. Das Feld muss bei Anträgen auf Verlängerung beim ambulanten Reha im DA Reha nach § 301 Abs. 4 SGB V (TP4b) von der Einrichtung geliefert werden.
ARE37	Anzahl Therapieeinheiten	Sofern im Feld Antragsart des Segments ARE der Schlüsselwert 2 erfasst wurde, kann hier die Anzahl der beantragten Therapieeinheiten für die Verlängerung einer Reha-Leistung erfasst werden. Das Feld kann bei Anträgen auf Verlängerung beim ambulanten Reha im DA Reha nach § 301 Abs. 4 SGB V (TP4b) von der Einrichtung geliefert werden.
ARE28	Personenkreis	Hier ist der Personenkreis gemäß Schlüssel J aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben.
ARE29	Sonstiger Personenkreis	Freitext: Wurde das Feld „Personenkreis“ des Segments ARE mit dem Schlüsselwert 99 gefüllt, muss hier eine Benennung des „sonstigen“ Personenkreises erfolgen.
ARE30	Sonstige Hinweise	Hier können mit Hilfe von Freitext alle sonstigen für die Begutachtung relevanten Informationen genannt werden z.B. Angabe von relevanten Unfällen, Berufskrankheiten, BVG/OEG-Schäden (GdB, GdS, MdE) o. EM-Rente, Pflege von Angehörigen, berufliche Rahmenbedingungen (z.B. bei Selbstständigen), Kontaktdaten des Sozialdienstes des behandelnden Krankenhauses, Informationen zu genutzten Selbsthilfegruppen und Beratungsangeboten, Entlassungsdatum des Krankenhausaufenthaltes vor der Anschlussrehabilitation, die Angabe um den wievielten Verlängerungsantrag es sich handelt usw.

3.1.1 Fragestellung (RRE)

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
RRE01	Fragestellung	Hier ist die Frage gemäß Schlüssel C aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben.
RRE02	Führende Frage	Hier wird unterschieden, ob es sich bei der ausgewählten Frage um eine „führende Frage“ handelt (0 = nein; 1 = ja). Führende Fragen müssen vom MD zwingend im Feld „Ergebnis MD“ des Segments GRE beantwortet werden. Fragen, die nicht als führende Frage gekennzeichnet sind, soll der MD in der sozialmedizinischen Stellungnahme berücksichtigen.
RRE03	Begründung der Fragestellung	Freitext: Hier kann mit Hilfe von Freitext die Fragestellung begründet bzw. spezifiziert werden. Bei Schlüssel 80–99 in Feld „Fragestellung“ des Segments RRE ist hier die sonstige Fragestellung zu formulieren.

3.1.2 Begleitperson (BPS)

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
BPS01	Name	Hier ist der Nachname der Begleitperson anzugeben.
BPS02	Vorname	Hier ist der Vorname der Begleitperson anzugeben.
BPS03	Namenszusätze	Sofern vorhanden, kann hier ein Namenszusatz zum Namen der Begleitperson angegeben werden.
BPS04	Vorsatzwort	Sofern vorhanden, kann hier ein Vorsatzwort zum Namen der Begleitperson angegeben werden.
BPS05	Titel	Sofern vorhanden, kann hier der Titel der Begleitperson angegeben werden.

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
BPS06	Geburtsdatum	Hier ist das Geburtsdatum der Begleitperson anzugeben.
BSP08	Art der Begleitperson	Hier ist die Art der Begleitperson gemäß Schlüssel N aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben.

3.1.3 Diagnosen (DIA)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
DIA01	Diagnoseschlüssel (ICD)	Sofern bekannt, ist an dieser Stelle der Diagnoseschlüssel anzugeben. Die Angaben müssen dem amtlichen Diagnoseschlüssel des DIMDI entsprechen.
DIA02	Diagnosesicherheit	Die zur Diagnose korrespondierende Sicherheit kann mit Hilfe des Schlüssels 17 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V an dieser Stelle angezeigt werden. Die Übermittlung erfolgt immer korrespondierend mit der Diagnose im gleichen Segment.
DIA03	Seitenlokalisierung	Die zur Diagnose korrespondierende Lokalisation wird mit Hilfe des Schlüssels 16 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V an dieser Stelle angezeigt. Die Übermittlung erfolgt immer korrespondierend mit der Diagnose im gleichen Segment.

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
DIA04	ICD-Version/Diagnosekatalog	Es kann als ICD-Version der Jahrgang des ICD10-Kataloges der in DIA01 übermittelten Diagnose angegeben werden, z.B. 2010.
DIA05	Diagnose in Klartext	Die Diagnose in Klartext leitet der MD grundsätzlich aus der ICD10 Verschlüsselung ab. Freitext: Wurde kein ICD Schlüssel eingetragen, so muss im Klartext die Diagnose übermittelt werden. Sofern bei Vorsorgemaßnahmen (Feld „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ des Segments ARE = Schlüsselzahl 81, 85, 91, oder 94) statt einer Diagnose nur Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren vorliegen, sind diese hier anzugeben.
DIA06	Behandlungsergebnis	Hier ist der Schlüssel Behandlungsergebnis zu übermitteln. Für die Übermittlung gilt der Schlüssel „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V (siehe unter www.gkv-datenaustausch.de).

3.1.4 Tätigkeit (TAE)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
TAE01	Tätigkeitsschlüssel	Liegt am Tag des Begutachtungsauftrages eine (oder mehrere) berufliche Tätigkeit(en) vor, ist/sind hier ein oder mehrere Tätigkeitsschlüssel zur Beschäftigung aus dem Datenbestand der Krankenkasse anzugeben. Hieraus können MD-seitig die „Art der Beschäftigung vor der Arbeitsunfähigkeit“, die „wöchentliche Arbeitszeit“ und die „Art der Ausbildung“ abgeleitet. Der MD nutzt zur Entschlüsselung das von der Bundesagentur

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		für Arbeit erstellte Schlüsselverzeichnis zum Tätigkeitsschlüssel. Bei Arbeitnehmern (Schlüsselwert 01 im Schlüssel J des verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis ist das Feld immer zu füllen. Sofern bei Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen der Krankenkasse die ersten 5 Stellen des Tätigkeitsschlüssels nicht vorliegen, sind diese mit Nullen aufzufüllen.

3.1.5 Krankenhausbehandlung (KHB)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
KHB01	Datum Krankenhausaufnahme	Es ist der Aufnahmezeitpunkt in das Krankenhaus anzugeben. Bei einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gem. § 39 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 115d SGB V ist hier der Beginn dieser Behandlung anzugeben.
KHB02	Datum Krankenhausentlassung	Es ist der Entlassungstag aus dem Krankenhaus anzugeben. Hier kann auch ein voraussichtliches Entlassungsdatum erfasst werden. Konstellation: Frühreha Phase B im Krankenhaus, Antrag auf Phase C in Reha-Einrichtung, Tag der geplanten Verlegung/Phasenwechsels sollte mitgeteilt werden. Bei einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gem. § 39 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 115d SGB V ist hier das Ende dieser Behandlung anzugeben.
KHB03	IK des Krankenhauses	Es muss sich um ein gültiges IK des Krankenhauses handeln. Wenn es sich um kein deutsches Krankenhaus handelt und kein IK bekannt ist, ist das Feld mit 269999999 zu füllen.
KHB04	Standortnummer	Die Standortnummer beinhaltet den Standort des Krankenhauses. Es dürfen nur gültige Standortnummern aus dem Standortverzeichnis (Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V) verwendet werden. Wenn es sich um kein deutsches Krankenhaus

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		handelt, für stationsäquivalente Behandlungen (Aufnahmegrund „10“) und im Rahmen der Integrierten Versorgung, in denen keine Standortnummer vorhanden ist, kann der Pseudo-Wert „779999999“ verwendet werden. Da die Standortnummer den Krankenkassen erst mit der Entlassungsmeldung vorliegt, kann der Pseudo-Wert auch dann genutzt werden, wenn die Standortnummer noch nicht vorliegt.
KHB05	Name des Krankenhauses	Freitext: Hier ist die offiziell gültige Namensbezeichnung des Krankenhauses anzugeben.
KHB06	Straße/Hausnummer	Hier ist die gültige Anschrift des in KHB04 übermittelten Krankenhauses zu übermitteln.
KHB07	Postleitzahl	Im Feld KHB06 ist immer der Straßename mit Hausnummer anzugeben. Postfachanschriften sind nicht anzugeben. Unter KHB07 ist die Postleitzahl als Bestandteil der Anschrift des Krankenhauses anzugeben.
KHB08	Ort	Im Feld KHB08 ist der Ort des Krankenhauses anzugeben. Die Informationen sind aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.
KHB09	Telefon des Krankenhauses	Hier kann die Telefonnummer des Krankenhauses angegeben werden.
KHB10	Telefax des Krankenhauses	Hier kann die Faxnummer des Krankenhauses angegeben werden.

3.1.6 Leistungen zur Vorsorge oder medizinischen Rehabilitation (REH)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
REH01	Beginn der Vorsorge-/Reha-Leistung	Es ist das Datum des Beginns der Vorsorge-/Rehabilitationsleistung anzugeben. Bei Phasenwechsel im Rahmen einer neurologischen Rehabilitationsmaßnahme ist hier der Beginn der „alten“ Phase anzugeben.

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
REH02	Ende der Vorsorge-/Reha-Leistung	Sofern bekannt, ist das Datum des Endes der Rehabilitationsleistung anzugeben. Hier kann auch ein voraussichtliches Entlassungsdatum erfasst werden (z.B. bei Verlängerungsanträgen). Bei Phasenwechsel im Rahmen einer neurologischen Rehabilitationsmaßnahme ist hier das Ende der „alten“ Phase anzugeben.
REH03	IK der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung	Sofern bekannt, ist hier das IK der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung anzugeben.
REH04	Name der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung	Freitext: An dieser Stelle ist (sofern vorhanden) die offiziell gültige Namensbezeichnung der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung anzugeben.
REH05	Verfahrensart/Anspruchsgrundlage	<p>Hier ist die Verfahrensart/Anspruchsgrundlage der Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme zu übermitteln. Für die Übermittlung gilt Schlüssel „Verfahrensart/Anspruchsgrundlage“ im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V (siehe unter www.gkv-datenaustausch.de).</p> <p>Bei Maßnahmen von anderen Trägern, die in der Regel keinem konkreten Schlüsselwert zugeordnet werden können, ist das Feld nicht zu füllen.</p>
REH06	Art der Vorsorge-/Reha-Leistung	Hier ist die Art der Vorsorge-/Reha-Leistung gemäß Schlüssel M aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben.
REH07	Indikationsgruppenzuordnung	Hier kann die Indikationsgruppenzuordnung gemäß Anhang 3 Abschnitt 3.2 im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V (siehe unter www.gkv-datenaustausch.de) angegeben werden. Bei Phasenwechsel im Rahmen einer neurologischen Rehabilitationsmaßnahme wird hierdurch die jeweilige Phase gekennzeichnet.

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
REH08	Träger der Maßnahme	Hier kann das Institutionskennzeichen des Trägers angegeben werden, der die letzte Leistung zur medizinischen Vorsorge/Rehabilitation durchgeführt hat. Sollte kein Institutionskennzeichen im Datenbestand sein, kann der Name des Trägers angegeben werden.

3.1.7 Hilfsmittel (HPM)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
HPM01	Hilfsmittel-/Pseudopositionsnummer	Es ist die bis zu 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer aus dem Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V anzugeben. Wurde an das Hilfsmittel keine Hilfsmittelpositionsnummern vergeben, kann ersatzweise eine Pseudopositionsnummer von den Krankenkassen eingetragen werden.
HPM02	Bezeichnung des Hilfsmittels	Freitext: An dieser Stelle ist der Name des Hilfsmittels anzugeben.
HPM03	Status	Hier ist der Status des Hilfsmittels gemäß Schlüssel I aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben.
HPM04	Datum	Hier ist das jeweilige Datum zum ausgewählten Schlüsselwert des Feldes Status des Segments HPM zu erfassen. bei Status 0 = Angabe des Antragsdatum, bei Status 1 = Angabe des Genehmigungsdatums, Status 2 = Datum der Abgabe, Status 3 = Datum der Ablehnung

3.1.8 Heilmittel (HEM)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
HEM01	Heilmittelpositionsnummer	Hier ist die Heilmittelpositionsnummer aus dem bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis anzugeben.oder die Positionsnummer aus dem bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen als ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten anzugeben.Die Heilmittelpositionsnummer ist nur bis zur 3. Stelle (Leistungsart) zu liefern. Eine genauere Untergliederung bis zur 5. Stelle ist aus Sicht der MDen für die sozialmedizinische Beurteilung nicht erforderlich. Heilmittelpositionsnummern mit 2.-3. Stelle 97 sowie 99 sind nicht zu melden. Die MDen entschlüsseln die Heilmittelpositionsnummer mit dem bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis bzw. dem bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen als ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten aus dem Datenaustausch mit sonstigen Leistungserbringern (siehe www.gkv-datenaustausch.de).
HEM02	Bezeichnung des Heilmittels	Freitext: Es ist die Art des Heilmittels anzugeben, das aus dem Bestandssystem des bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsverzeichnisses entnommen werden kann.
HEM03	Beginn der Leistung	Hier ist das kleinste Leistungsdatum zur jeweiligen Heilmittelverordnung aus den Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V anzugeben.
HEM04	Ende der Leistung	Hier ist das größte Leistungsdatum zur jeweiligen Heilmittelverordnung aus den Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V anzugeben. Das Datum muss gleich oder größer dem Datum „Beginn der Leistung“ sein.
HEM05	Menge der Leistungsart	Hier ist die Anzahl der abgerechneten Leistungen zur jeweiligen Heilmittelverordnung anzugeben.

3.1.10 Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Feld- name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
AUF01	Beginn der AU	Es ist der Beginn der Arbeitsunfähigkeit anzugeben.
AUF02	Ende der AU	An dieser Stelle kann, sofern bekannt das Ende der Arbeitsunfähigkeit angegeben werden.

3.1.11 Psychotherapie (PST)

Feld- name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
PST01	Beginn	Es ist der Beginn der psychotherapeutischen Behandlung anzugeben.
PST02	Ende	An dieser Stelle kann, sofern bekannt das Ende der psychotherapeutischen Behandlung angegeben werden.
PST03	Anzahl	An dieser Stelle ist die Anzahl der bewilligten Einheiten im zuvor genannten Zeitraum anzugeben.
PST04	Bezeichnung der Maßnahme	Freitext: Hier ist die Bezeichnung der Art der psychotherapeutischen Behandlung anzugeben.

3.1.12 Andere Maßnahme (ANM)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
ANM01	Maßnahme	Hier ist die Maßnahme gemäß Schlüssel K aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben.
ANM02	Bezeichnung der Maßnahme	An dieser Stelle kann die Maßnahme näher beschrieben werden. Bei Auswahl des Schlüsselwertes 99 im Feld Maßnahme des Segments ANM ist dieses Feld zwingend zu füllen.
ANM03	Anzahl der Leistungseinheiten	An dieser Stelle ist die Anzahl der bewilligten oder abgerechneten Einheiten im zuvor genannten Zeitraum anzugeben.
ANM04	Beginn der Maßnahme	Es ist der Beginn der Maßnahme anzugeben.
ANM05	Ende der Maßnahme	An dieser Stelle kann, sofern bekannt das Ende der Maßnahme angegeben werden.

3.1.13 Übergangspflege (UEP)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
UEP01	Beginn der Übergangspflege	Hier ist der Aufnahmetag zur Übergangspflege im Krankenhaus anzugeben. Dieses Datum kann aus dem Bestandssystem der Krankenkasse entnommen werden.

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
UEP02	Ende der Übergangspflege	Wenn vorhanden, ist hier der Entlassungstag aus der Übergangspflege im Krankenhaus anzugeben. Dieses Datum kann aus dem Bestandssystem der Krankenkasse entnommen werden.
UEP03	IK des Krankenhauses	Es muss sich um ein gültiges IK des Krankenhauses handeln.
UEP04	Standortnummer	Die Standortnummer beinhaltet den Standort des Krankenhauses. Es dürfen nur gültige Standortnummern aus dem Standortverzeichnis (Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V) verwendet werden. Wenn es sich um kein deutsches Krankenhaus handelt, für stationsäquivalente Behandlungen (Aufnahmegrund „10“) und im Rahmen der Integrierten Versorgung, in denen keine Standortnummer vorhanden ist, kann der Pseudo-Wert „779999999“ verwendet werden. Da die Standortnummer den Krankenkassen erst mit der Entlassungsmeldung vorliegt, kann der Pseudo-Wert auch dann genutzt werden, wenn die Standortnummer noch nicht vorliegt.
UEP05	Name des Krankenhauses	Freitext: Hier ist die offiziell gültige Namensbezeichnung des Krankenhauses anzugeben.
UEP06	Straße/Hausnummer	Hier ist die gültige Anschrift des in UEP04 übermittelten Krankenhauses zu übermitteln.
UEP07	Postleitzahl	Im Feld UEP06 ist immer der Straßename mit Hausnummer anzugeben. Postfachanschriften sind nicht anzugeben.
UEP08	Ort	Unter UEP07 ist die Postleitzahl als Bestandteil der Anschrift des Krankenhauses anzugeben. Im Feld UEP08 ist der Ort des Krankenhauses anzugeben. Die Informationen sind aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.
UEP09	Telefon des Krankenhauses	Hier kann die Telefonnummer des Krankenhauses angegeben werden.
UEP10	Telefax des Krankenhauses	Hier kann die Faxnummer des Krankenhauses angegeben werden.

3.1.14 Leistungen zur ambulanten Vorsorge (AVO)

Feld- name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
AVO01	Bewilligungsdatum	In diesem Feld gibt die Krankenkasse das Bewilligungsdatum der ambulanten Vorsorgemaßnahme an. Da es sich bei ambulanten Vorsorgemaßnahmen um eine genehmigungspflichtige Leistung handelt, muss diese Angabe bei den Krankenkassen vorliegen.
AVO02	Beginn der Vorsorgeleistung	Das Beginn-Datum der Vorsorgeleistung liegt den Krankenkassen auch nach Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten nicht regelhaft vor. Sofern es vorliegt, kann es in diesem Feld übermittelt werden.
AVO03	Ende der Vorsorgeleistung	Das Ende-Datum der Vorsorgeleistung liegt den Krankenkassen auch nach Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten nicht regelhaft vor. Sofern es vorliegt, kann es in diesem Feld übermittelt werden.
AVO04	Kurort	Sofern bekannt, ist hier der Kurort anzugeben, in dem die ambulante Vorsorgemaßnahme durchgeführt werden soll bzw. wurde.
AVO05	Erstattung	Sofern die ambulante Vorsorgemaßnahme im Ausland durchgeführt wurde, liegen der Krankenkasse in der Regel keine strukturierten Abrechnungsdaten vor. In diesen Fällen kann die Krankenkasse in diesem Feld kennzeichnen, dass eine Kostenerstattung der beantragten Leistung erfolgte und deshalb keine Einzeldaten vorliegen.

4. Geschäftsvorfall Begutachtung zur Feststellung des Anspruchs auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme

4.1 Rückgabe ohne Begutachtung (GOB)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
GOB01	Eingangsdatum beim MD	Hier ist das Eingangsdatum des Auftrages der Krankenkasse beim MD anzugeben (Datenaustausch).
GOB02	Rückgabegrund	Es ist der Grund für die Rückgabe des Auftrages ohne Begutachtung gemäß Schlüssel G des verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 der verfahrensspezifischen Datendefinition mitzuteilen.
GOB03	Erläuterung zum Rückgabegrund	In diesem Feld können Erläuterungen zum Rückgabegrund erfasst werden. Wird in einem der Felder GOB02 – GOB04 die Schlüsselzahl „06“ gemeldet, ist im Feld GOB05 der zuständige MD zu benennen.

4.2 Gutachtendaten Vorsorge/Rehabilitation (GRE)

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
GRE01	Eingangsdatum beim MD	Hier ist das Eingangsdatum beim MD anzugeben.
GRE02	Erledigungsart	Hier ist die Art der erfolgten Begutachtung gemäß Schlüssel H aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben. Sofern keine Befunderhebung und keine persönliche, telefonische oder Video-SFB stattgefunden hat, ist vom MD mit dem Schlüsselwert 03:

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		„Begutachtung nach Aktenlage“ zu antworten. Das umfasst sowohl ausführliche schriftliche Gutachten als auch schriftliche Beratungen.
GRE03	Begutachtungsdatum	Hier ist das Datum des Tages angegeben werden, an dem die Begutachtung erfolgt ist.
GRE04	Ergebnis MD	Hier ist die Antwort auf die führende Frage gemäß Schlüssel E aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zur verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben. Die weiteren Fragen sowie über den Schlüssel E hinausgehende Erläuterungen sind innerhalb der sozialmedizinischen Stellungnahme zu beantworten.
GRE05	Sozialmedizinische Stellungnahme	Freitext: Hier wird der Abschnitt „Sozialmedizinische Stellungnahme“ aus dem Gutachten in Freitext eingefügt, um eine Verarbeitung bei den Krankenkassen zu ermöglichen.
GRE06	Anzahl der Anlagen per Datenaustausch	Hier ist die Anzahl der Anlagen von 1 bis 99 anzugeben. Hierbei handelt es sich um die Anlagen, die als PDF-Dokumente mit der XML-Instanzdatei übermittelt werden.
GRE07	Erläuterung Anlagen per Datenaustausch	Freitext: Hier kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Anlagen per Datenaustausch versendet wurden.
GRE08	Anzahl der Anlagen per Postweg	An dieser Stelle ist die Anzahl der Anlagen von 0 bis 99 anzugeben, die per Postweg (Papier) übersendet werden. Z.B. Röntgenbilder. Werden keine Anlagen per Post übersandt, ist die Ziffer 0 anzugeben.
GRE09	Erläuterung Anlagen per Postweg	Freitext: Hier kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Anlagen per Post versendet wurden.
GRE10	Begutachtungsergebnis dem Versicherten mitgeteilt	Hier ist anzugeben, ob der MD das Begutachtungsergebnis dem Versicherten mitgeteilt hat. 0 = nein, 1 = ja

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
GRE11	Identitätsnachweis gefordert	Hier gibt der MD an, ob er vom Versicherten einen Identitätsnachweis (z.B. Personalausweis, Reisepass, elektronische Gesundheitskarte) zur Identifizierung gefordert hat. 1 = ja; wenn nicht gefüllt = nein
GRE12	Identität bestätigt	Hier gibt der MD an, ob die Identität zweifelsfrei nachgewiesen werden konnte. 0 = nein, 1 = ja

4.3 Zwischennachricht an die Krankenkasse (ZNK)

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
ZNK01	Grund Zwischennachricht	Hier ist der Verzögerungsgrund gemäß Schlüssel F aus dem verfahrensspezifischen Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 der verfahrensspezifischen Datendefinition anzugeben.
ZNK02	Erläuterung	Freitext: Hier kann mit Hilfe von Freitext eine weitere Erläuterung zum Verzögerungsgrund erfolgen.
ZNK03	Datum des Termins zur Begutachtung beim MD	Wurde im Feld „Verzögerungsgrund“ des Segments ZNV der Schlüsselwert 05 oder 06 des Schlüssels F (persönliche Begutachtung durch MD) angegeben, ist hier durch den MD das Datum der geplanten persönlichen Begutachtung anzugeben.
ZNK04	Uhrzeit des Termins zur Begutachtung beim MD	Wurde im Feld ZNV01 der Schlüsselwert 05 oder 06 des Schlüssels F (persönliche Begutachtung durch MDK) angegeben, ist hier durch den MD die Uhrzeit der geplanten persönlichen Begutachtung anzugeben.
ZNK05	Straße/Hausnummer	Wurde im Feld „Verzögerungsgrund“ des Segments ZNV der Schlüsselwert 06 oder 07 des Schlüssels F (persönliche Begutachtung durch MD) angegeben, ist hier durch den MDK die genaue Anschrift der MDK-Beratungsstelle einzutragen, in die der Versicherte zur persönlichen Begutachtung vom MD eingeladen wurde bzw. von der Krankenkasse einzuladen ist.
ZNK06	Postleitzahl	
ZNK07	Ort	