

**Datenaustausch zwischen
Krankenkassen (KK) und Medizinischen Diensten der
Krankenversicherung (MDK) im Bereich Hilfsmittel**

Anhang 2

Befüllungshinweise

**zur Anlage 1
Datendefinition**

Version 1.1

Stand: 20. Dezember 2016

gültig ab: 01.01.2017

Dokument des fachlichen Arbeitskreises
Datenaustausch GKV/MDK

Inhaltsverzeichnis

1. Änderungshistorie.....	3
2. Einleitung	3
3. Beschreibung der Spaltenköpfe der nachfolgenden Tabellen.....	3
5. Verfahrenskennzeichen Header (VKZ).....	4
8. Stammdaten	5
8.1 Stammdaten Krankenkasse (ASK).....	5
8.2 Stammdaten MDK (GSM).....	8
8.3 Stammdaten Versicherter (ASV).....	9
8.4 Anderer Adressat als Versicherter (AAV)	11
8.5 Stammdaten Arzt / Verordner (BHA)	13
8.6 Stammdaten Leistungserbringer (SDL).....	15
9. Geschäftsvorfall Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel.....	16
9.1 Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel (AHI).....	16
9.1.1 Diagnosen (DIA).....	18
9.1.2 Hilfsmittel (HPI).....	19
9.1.2.1 Fragestellung (RHI)	20
9.1.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (REH)	20
9.1.4 Krankenhausbehandlung (KHB).....	21
9.1.5 Hilfsmittel (HPM).....	22
9.1.6 Heilmittel (HEM).....	23
9.1.7 Arbeitsunfähigkeit (AUF).....	24
10. Geschäftsvorfall Begutachtung Hilfsmittel.....	25
10.1 Rückgabe ohne Begutachtung (GOB).....	25
10.2 Gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel (GHI).....	26
10.2.1 Antwort auf Fragestellungen (GRH)	27
10.3 Automatische Zwischennachricht bei Verzögerung (AZV).....	28

Änderungshistorie

Version	Beschreibung	Autor/in	Datum
1.0	Fertigstellung des Entwurfs	Anika Reichelt (vdek)	24.02.2016
1.1	Änderung Pflegestufe in Pflegegrad	Jaane Kubiak (vdek)	20.12.2016

1. Einleitung

Dieses Dokument soll einen detaillierten Einblick darüber verschaffen, mit welchen Inhalten die Felder der Datensatzgruppe nach Anlage 1 zu füllen sind. Dabei ist insbesondere auf das Schlüsselverzeichnis der Anlage 2 zur § 301 SGB V Vereinbarung zu verweisen, wo die überwiegende Anzahl der Feldinhalte ihren Ursprung haben.

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.

5. Verfahrenskennzeichen Header (VKZ)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
VKZ01	IK des Absenders	An dieser Stelle ist das gültige IK anzugeben, welches dem Absender zugehörig und den Teilnehmern als Kommunikationsmerkmal über die sog. „Kostenträgerdatei“ mitgeteilt worden ist. Bei Übersendung der gutachtlichen Stellungnahme einschließlich der Rückgabe ohne Gutachten ist das IK des ursprünglichen Empfängers bei der Beauftragung (VKZ02) einzutragen.
VKZ02	IK des Empfängers	An dieser Stelle ist das gültige IK des gewünschten Empfängers anzugeben. Dazu zählen die beteiligten Kranken-/Pflegekassen, deren Dienstleister und MDK. Die Zuordnung des MDK erfolgt automatisch über die vom MDS bereitgestellte Zuordnungstabelle, wenn die Kranken-/Pflegekasse keinen MDK ausgewählt hat. Bei Übersendung der gutachtlichen Stellungnahme einschließlich der Rückgabe ohne Gutachten ist das IK des ursprünglichen Absenders bei der Beauftragung (VKZ01) einzutragen.
VKZ03	Erstellungsdatum	Datum der Dateierstellung
VKZ04	Erstellungszeit	Uhrzeit der Dateierstellung
VKZ05	Dateinummer	Die Vergabe der Dateinummer erfolgt wie in der Anlage 2 zur FVB im Abschnitt „Abwicklung der Datenübermittlung“ beschrieben ohne führende Nullen.
VKZ06	Verfahrenskennzeichen	An dieser Stelle muss ein gültiges Verfahrenskennzeichen, in diesem Fall für den Bereich Hilfsmittel, gemäß Abschnitt „Festlegung der Verfahrenskennungen“ der Anlage 2 (Technische Anlage) übermittelt werden.
VKZ07	TA_Version	Schlüssel V aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1

8. Stammdaten

8.1 Stammdaten Krankenkasse (ASK)

Das Segment ASK enthält die Stammdaten der Krankenkasse. Es wird von der Krankenkasse mit der Beauftragung an den MDK übermittelt. Der MDK übernimmt das ihm durch die Krankenkasse übermittelte Segment ASK unverändert für die Rücksendung des Gutachtendatensatzes (Spiegelung) an die Krankenkasse.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
ASK01	IK der Krankenkasse	Es muss sich um ein gültiges IK der beauftragenden Kranken-/Pflegekasse handeln.
ASK02	Nr. der Nebenstelle	Diese Nummer ist von der Krankenkasse so zu vergeben, wie sie bei Rücksendung durch den MDK von ihr organisatorisch verwendet werden soll. Bei der Rücksendung des Falls durch den MDK wird genau diese Nummer gespiegelt übersendet.
ASK03	Name der Krankenkasse	In dieses Feld soll der Name der Kranken-/Pflegekasse eingetragen werden, die den Auftrag zur Begutachtung erteilt.
ASK04	Name der Nebenstelle/Betreuungsstelle	In dieses Feld soll die Bezeichnung der Nebenstelle bzw. Betreuungsstelle eingetragen werden. Dabei handelt es sich um die Organisationseinheit, die für die Beauftragung des MDK innerhalb der Krankenkasse zuständig ist, z.B. ein speziell eingerichtetes Zentrum für Hilfsmittelsachbearbeitung oder die für die Betreuung des Versicherten zuständige Niederlassung. Einzelne Mitarbeiter der Krankenkassen stellen keine Organisationseinheit in diesem Sinne dar.
ASK05	Straße/Hausnummer	Hier ist die gültige Anschrift der in ASK04 übermittelten Nebenstelle zu übermitteln.
ASK06	Postleitzahl	Im Feld ASK05 ist immer der Straßenname mit Hausnummer anzugeben. Postfachanschriften sind nicht anzugeben.
ASK07	Ort	Unter ASK06 ist die Postleitzahl als Bestandteil der Anschrift der Nebenstelle der Krankenkasse anzugeben. Im Feld ASK07 ist der Ort der Nebenstelle der Krankenkasse anzugeben. Die Informationen sind aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.
ASK08	Aktenzeichen	Das hier zu übermittelnde Aktenzeichen soll der Krankenkasse im weiteren Verlauf, insbesondere bei der Zusendung der Stellung-

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		<p>nahme bzw. des Gutachtens durch den MDK, ermöglichen, den zu prüfenden Fall intern zuzuordnen.</p> <p>Das Aktenzeichen ist dem entsprechend von der Krankenkasse frei zu vergeben. Bei der Rücksendung des Falls durch den MDK wird genau diese Nummer gespiegelt übersendet.</p> <p>Hinweis Fallidentifikation: Ein Fall wird anhand des Datenfeldes ASK08 „Aktenzeichen der Krankenkasse“ und ggf. ASK13 „Fall-Nummer der Krankenkasse“ eindeutig identifiziert. Die Krankenkasse hat dementsprechend dafür Sorge zu tragen, dass die Aktenzeichen nur einmalig vergeben werden. Das Datenfeld ASK08 ist Identifikationsmerkmal zur Erkennung von Dubletten.</p>
ASK09	Sachbearbeiter/Organisationseinheit	In dieses Feld soll der Name des Sachbearbeiters bzw. Ansprechpartners oder die Bezeichnung der ORG-Einheit eingetragen werden. Dabei handelt es sich um die Organisationseinheit, die als Ansprechpartner für den MDK innerhalb der Krankenkasse zuständig ist.
ASK10	Telefon Sachbearbeiter/ Organisationseinheit	In diese Felder sollen die Kontaktdaten zu einem Sachbearbeiter eingetragen werden, der innerhalb der Krankenkasse als Ansprechpartner für den beauftragten MDK zuständig ist.
ASK11	Telefax Sachbearbeiter/ Organisationseinheit	Es ist die Telefax-Nummer der/des zuständigen Sachbearbeiterin/s oder der beauftragenden Organisationseinheit anzugeben.
ASK12	Sachbearbeiter E-Mail-Adresse	Es ist die E-Mail-Adresse der/des zuständigen Sachbearbeiterin/s anzugeben
ASK13	Fall-Nummer der Krankenkasse	Dieses Feld ist im Datensatz ASK nicht zu füllen.
ASK14	Ansprechpartner Anrede	Hier ist die Anrede des unter ASK09 benannten Sachbearbeiters in Freitextform anzugeben, z.B. Herr, Frau.
ASK15	SFB-Standort, Name	In diese Felder soll die genaue Adresse des Ortes eingetragen werden, an dem die SFB durchgeführt werden soll. Z. B. die Adresse der Geschäftsstelle der Krankenkasse oder die Betreuungsstelle des MDK. Diese Felder dürfen nur gefüllt werden, wenn das Feld AHI06 die Schlüsselausprägung 01 „Persönliche Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)“ beinhaltet. Abweichend davon können bilaterale Vereinbarungen getroffen werden, die eine Befüllung der Felder ASK 17-20 nicht erfordern. Beispielsweise, wenn die SFB für Fälle einer Krankenkasse immer in der gleichen Geschäftsstelle bearbeitet werden.
ASK16	SFB-Standort, Straße/ Hausnummer	
ASK17	SFB-Standort, Postleitzahl	
ASK18	SFB-Standort, Ort	
ASK19	Aktenzeichen der Erstbeauftragung	Handelt es sich bei der Beauftragung um einen Folgeauftrag nach Schlüssel B, ist hier das Aktenzeichen der Erstbeauftragung anzu-

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
	bei Folgeauftrag	geben.
ASK20	Aktenzeichen des ersten Folgeauftrages bei zweitem Folgeauftrag	Handelt es sich bei der Beauftragung um ein erneutes Folgegutachten nach Schlüssel B, ist hier das Aktenzeichen des vorhergehenden Folgeauftrages anzugeben.
ASK21	Zusatz zu Straße/Hausnummer	In diese Felder sind ergänzende Kontaktinformationen zu den jeweiligen Feldnamen ASK05 und ASK07 zu füllen
ASK22	Ortsteil	

8.2 Stammdaten MDK (GSM)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GSM01	IK des MDK	Es muss sich um ein gültiges IK des beauftragten MDK handeln.
GSM02	Nr. der Beratungsstelle	An dieser Stelle ist die Nummer einzutragen, mit der die Beratungsstelle innerhalb der MDK-Gemeinschaft organisatorisch zugeordnet werden kann.
GSM03	Name der Beratungsstelle	An dieser Stelle ist die ausführende Beratungsstelle mit Standortangabe anzuzeigen.
GSM04	Straße/ Hausnummer	In diese Felder soll die genaue Adresse der zuvor übermittelten Nebenstelle/Betreuungsstelle in GSM03 eingetragen werden.
GSM05	Postleitzahl	
GSM06	Ort	
GSM07	Ansprechpartner	Es sollte sich hierbei um den prüfenden Arzt handeln, der für den übermittelten Fall zuständig ist und der Krankenkasse als Ansprechpartner zur Verfügung steht.
GSM08	Telefon Ansprechpartner	In diese Felder sollen die Kontaktdaten zu dem prüfenden Arzt in GSM 07 eingetragen werden, der innerhalb des MDK als Ansprechpartner für die beauftragende Krankenkasse zuständig ist.
GSM09	Telefax Ansprechpartner	
GSM10	Email Ansprechpartner	
GSM11	Ortsteil	Es ist die E-Mail-Adresse der/des zuständigen Sachbearbeiterin/s anzugeben
GSM12	Anschriftenzusatz	Es muss sich um ein gültiges IK des beauftragten MDK handeln.

8.3 Stammdaten Versicherter (ASV)

Das Segment ASV enthält die Stammdaten des Versicherten. Es wird von der Krankenkasse mit der Beauftragung an den MDK übermittelt. Der MDK übernimmt das ihm durch die Krankenkasse übermittelte Segment ASV unverändert für die Rücksendung des Gutachtendatensatzes (Spiegelung) an die Krankenkasse.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
ASV01	Name des Versicherten	An dieser Stelle ist der Familienname des Versicherten anzugeben. Die Information ist aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.
ASV02	Vorname des Versicherten	Hier ist der Vorname des Versicherten zu verwenden. Die Information ist aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.
ASV03	Titel des Versicherten	Hier ist der Titel des Versicherten zu verwenden. Die Information ist aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.
ASV04	Geburtsdatum	An dieser Stelle ist das Geburtsdatum des Versicherten zu übermitteln, welches auf der Krankenversichertenkarte abgebildet ist.
ASV05	Geschlecht	An dieser Stelle ist das Geschlecht des Versicherten zu übermitteln. Dabei ist das Geschlecht aus den vorhandenen Bestandssystemen der Krankenkassen zu verwenden. Für die Übermittlung gilt Schlüssel 21 im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V.
ASV06	Krankenversichertennummer	Die Krankenversichertennummer ist auf der Krankenversichertenkarte enthalten. Die Krankenversichertennummer ist in der auf der Krankenversichertenkarte angegebenen Länge und Ausprägung - einschließlich evtl. vorhandener führender Nullen - zu übermitteln.
ASV07	Straße/Hausnummer	Hier ist die gültige Anschrift des Versicherten einzutragen.
ASV08	Zusatz zu Straße/Hausnummer	Im Feld ASV07 ist immer der Straßename mit Hausnummer anzugeben. Postfachanschriften sind nicht anzugeben.
ASV09	Postleitzahl	Im Feld ASV08 kann ergänzend zur Straße ein Zusatz zur Straße angefügt werden. Dazu zählen unter anderem Hinweise wie „c/o“, „bei“, „Etage“.
ASV10	Ort	Unter ASV09 ist die Postleitzahl als Bestandteil der Anschrift des Versicherten anzugeben. Im Feld ASV10 ist der Wohnort des Versicherten anzugeben.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		Die Informationen sind aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.
ASV11	Internationales Länderkennzeichen	Das internationale Länderkennzeichen ist Bestandteil der Postanschrift bei im Ausland wohnhaften Versicherten. Bei diesen Fällen ist der entsprechende Schlüssel 7 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V anzugeben.
ASV12	Telefon	Eine Telefonnummer des Versicherten sollte von der Krankenkasse übermittelt werden.
ASV13	Namenszusatz des Versicherten	Hier ist der Namenszusatz des Versicherten zu verwenden. Die Information ist aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.
ASV14	Vorsatzwort des Versicherten	Hier ist das Vorsatzwort des Versicherten zu verwenden. Die Information ist aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.
ASV15	Mobiltetefon	Eine Mobiltelefonnummer des Versicherten kann von der Krankenkasse übermittelt werden.
ASV16	Telefax	Eine Faxnummer des Versicherten kann von der Krankenkasse übermittelt werden.
ASV17	E-Mail-Adresse des Versicherten	Eine E-Mail-Adresse des Versicherten kann von der Krankenkasse übermittelt werden.
ASV18	Ortsteil	Hier wird der Ortsteil zum Wohnort des Versicherten eingetragen.

8.4 Anderer Adressat als Versicherter (AAV)

Der Datensatz AAV ist ein **KANN**-Segment und enthält Informationen, wenn nicht der Versicherte, sondern ein anderer Adressat zur Erstellung des Gutachtens kontaktiert werden soll oder sich der Antragsteller an einem anderen Ort als seiner Wohnanschrift aufhält. Zu einem Auftrag können bis zu 99 AAV-Datensätze erstellt werden.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
AAV01	Anderer Adressat	Es ist gem. Schlüssel A im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes anzugeben, aus welchem Grund ein anderer Adressat als die/der zu begutachtende Versicherte durch den MDK zu kontaktieren ist.
AAV02	Name der Person bzw. Institution	Hier ist der Name des anderen Adressaten anzugeben. Dies kann der Name einer natürlichen Person (Sorgeberechtigter, gesetzlicher Vertreter, Betreuer, Vormund) oder, im Falle eines abweichenden Aufenthaltsortes des Versicherten als dessen Wohnort, der Name eines Krankenhauses, einer Rehabilitationseinrichtung oder eines Hospizes sein.
AAV03	Vorname	Hier ist der Vorname des anderen Adressaten anzugeben. Dies kann ausschließlich der Vorname einer natürlichen Person (Sorgeberechtigter, gesetzlicher Vertreter, Betreuer, Vormund) sein.
AAV04	Titel	Es ist der Titel des Anderen Adressaten anzugeben. Dies kann ausschließlich der Titel einer natürlichen Person (Sorgeberechtigter, gesetzlicher Vertreter, Betreuer, Vormund) sein.
AAV05	Geschlecht	Es ist das Geschlecht des anderen Adressaten anzugeben, wenn es sich dabei um eine natürliche Person handelt. Für die Übermittlung gilt Schlüssel 21 im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V. Ansonsten wird das Feld nicht gefüllt.
AAV06	Straße/Hausnummer	Hier ist die gültige Anschrift des anderen Adressaten einzutragen.
AAV07	Zusatz zur Straße/Hausnummer	Im Feld AAV06 ist immer der Straßename mit Hausnummer anzugeben. Postfachanschriften sind nicht anzugeben.
AAV08	Postleitzahl	Im Feld AAV07 kann ergänzend zur Straße ein Zusatz zur Straße angefügt werden. Dazu zählen unter anderem Hinweise wie „c/o“, „bei“, „Etage“.
AAV09	Ort	Unter AAV08 ist die Postleitzahl als Bestandteil der Anschrift des anderen Adressaten anzugeben.
AAV10	Ortsteil	Im Feld AAV09 ist der Ort des anderen Adressaten anzugeben.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		Im Feld AAV10 ist der Ortsteil zum Ort des anderen Adressaten anzugeben.
AAV11	Internationales Länderkennzeichen	Es ist das internationale Länderkennzeichen zur Anschrift des anderen Adressaten gem. Schlüssel 7 im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V anzugeben.
AAV12	Telefon	Es kann die Telefonnummer des anderen Adressaten angegeben werden.
AAV13	Besondere Hinweise	Freitext. Es können besondere Hinweise zum anderen Adressaten an den begutachtenden MDK übermittelt werden, z. B. zur Gültigkeit der Anschrift oder Verwandtschaftsverhältnis.
AAV14	Namenszusatz des anderen Adressaten	Hier ist der Namenszusatz des anderen Adressaten anzugeben. Dies kann ausschließlich der Namenszusatz einer natürlichen Person (Sorgeberechtigter, gesetzlicher Vertreter, Betreuer, Vormund) sein.
AAV15	Mobiltetefon	Es kann die Mobiltelefonnummer des anderen Adressaten angegeben werden.
AAV16	Telefax	Es kann die Faxnummer des anderen Adressaten angegeben werden.
AAV17	E-Mail-Adresse des anderen Adressaten	Es kann die E-Mail-Adresse des anderen Adressaten angegeben werden.

8.5 Stammdaten Arzt / Verordner (BHA)

Die Stammdaten des Arztes sind ein **KANN**-Segment und beinhaltet Informationen über den behandelnden Arzt, der die im Antrag des Versicherten genannte Leistung verordnet hat.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
BHA01	Lebenslange Arztnummer (LANR)	Es muss sich um eine gültige LANR des Arztes handeln, wenn Feld BAH13 = D ist.
BHA02	Betriebsstättennummer	Es muss sich um eine gültige Betriebsstättennummer des Arztes handeln, wenn BHA01 ungefüllt ist.
BHA03	IK-Nummer	Es muss sich um eine gültige IK-Nummer des Verordners handeln, wenn BHA01 und BHA02 ungefüllt sind.
BHA04	Name Arzt / Verordner	An dieser Stelle ist der Name des Arztes / Verordners anzugeben. Ggf. kann dieser aus dem Antrag des Versicherten entnommen werden.
BHA05	Vorname Arzt	Hier ist der Vorname des Arztes anzugeben. Ggf. kann dieser aus dem Antrag des Versicherten entnommen werden.
BHA06	Titel	Es ist der Titel des behandelnden Arztes anzugeben.
BHA07	Geschlecht	Hier ist das Geschlecht der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes anzugeben. Für die Übermittlung gilt Schlüssel 21 im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V.
BHA08	Straße/Hausnummer	Hier ist die gültige Anschrift der Praxis einzutragen.
BHA09	Zusatz zur Straße/Hausnummer	Im Feld BHA08 ist immer der Straßenname mit Hausnummer anzugeben. Postfachanschriften sind nicht anzugeben.
BHA10	Postleitzahl	Im Feld BHA09 kann ergänzend zur Straße ein Zusatz zur Straße angefügt werden. Dazu zählen unter anderem Hinweise wie „c/o“, „bei“, „Etage“.
BHA11	Ort	Unter BHA10 ist die Postleitzahl als Bestandteil der Anschrift der Praxis anzugeben.
BHA12	Ortsteil	Im Feld BHA11 ist der Ort der Praxis anzugeben. Im Feld BHA12 ist der Ortsteil zum Ort der Praxis anzugeben.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
BHA13	Internationales Länderkennzeichen	Das Internationale Länderkennzeichen ist Bestandteil der Postanschrift bei im Ausland wohnhaften Ärzten. Bei diesen Fällen ist der entsprechende Schlüssel 7 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V anzugeben.
BHA14	Telefon	Hier ist die Telefonnummer des Arztes anzugeben.
BHA15	Telefax	An dieser Stelle ist die Telefaxnummer des Arztes anzugeben.
BHA16	Facharztbezeichnung	Es ist die Facharztbezeichnung des Arztes anzugeben.
BHA17	ggfs. abweichende Bezeichnung in der Anschrift	In diesem Freitextfeld können abweichende Bezeichnungen in der Anschrift des Arztes angegeben werden, z. B. Name der Gemeinschaftspraxis.
BHA18	Namenszusatz Arzt	Hier ist der Namenszusatz des Arztes anzugeben. Ggf. kann dieser aus dem Antrag des Versicherten entnommen werden
BHA19	Vorsatzwort	Hier ist das Vorsatzwort des Arztes zu verwenden. Die Information ist aus dem EDV-System der Krankenkasse zu übernehmen.

8.6 Stammdaten Leistungserbringer (SDL)

Die Stammdaten des Leistungserbringers sind ein **Kann**-Segment und dürfen vom Empfänger **nicht** bearbeitet werden.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
SDL01	IK-Nummer des Leistungserbringers	Wenn bekannt, ist das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers anzugeben.
SDL02	Name des Leistungserbringers	An dieser Stelle ist der Name des Leistungserbringers anzugeben.
SDL03	Name des Geschäftes	Hier ist der Name des Geschäftes des Leistungserbringers anzugeben.
SDL04	Straße/Hausnummer	Im Feld SDL04 ist immer der Straßename mit Hausnummer anzugeben. Postfachanschriften sind nicht anzugeben.
SDL05	Zusatz zur Straße/Hausnummer	Im Feld SDL05 kann ergänzend zur Straße ein Zusatz zur Straße angefügt werden. Dazu zählen unter anderem Hinweise wie „c/o“, „bei“, „Etage“.
SDL06	Ort	
SDL07	Ortsteil	Im Feld SDL06 und SDL07 ist der Ort der Praxis anzugeben.
SDL08	Postleitzahl	Unter SDL08 ist die Postleitzahl als Bestandteil der Anschrift der Praxis anzugeben.
SDL09	Internationales Länderkennzeichen	Das Internationale Länderkennzeichen ist Bestandteil der Postanschrift bei im Ausland wohnhaften Ärzten. Bei diesen Fällen ist der entsprechende Schlüssel 7 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V anzugeben.
SDL10	Telefon	Hier ist die Telefonnummer des Leistungserbringers anzugeben.
SDL11	Telefax	Es kann die Faxnummer des anderen Adressaten angegeben werden.
SDL12	Mobiltelefon	Es kann die Mobiltelefonnummer des anderen Adressaten angegeben werden.
SDL13	E-Mail-Adresse	Es kann die E-Mail-Adresse des anderen Adressaten angegeben werden.

9. Geschäftsvorfall Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel

9.1 Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel (AHI)

Die Beauftragung ist ein **MUSS**-Segment und darf vom Empfänger nicht bearbeitet werden. Ausnahme: AHI05 „Auftragsart“.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
AHI01	Antragsdatum des Versicherten	Hier ist das Datum des Antrages des Versicherten auf die Leistung der Krankenversicherung anzugeben. Bei Wiederholungsgutachten ist das Datum des ursprünglichen Antrags anzugeben. Bei Widerspruchsgutachten das Datum des Antrags gegen den sich der Widerspruch richtet.
AHI02	Eingangsdatum bei der Kasse	Hier ist das Datum des Tages anzugeben, an dem der Antrag des Versicherten auf Leistungen bei der Krankenkasse eingegangen ist. Bei Wiederholungsgutachten ist das Datum des ursprünglichen Antrags anzugeben. Bei Widerspruchsgutachten das Datum des Antrags gegen den sich der Widerspruch richtet.
AHI03	Verordnungsdatum	Hier ist das Datum des Tages anzugeben, das auf der Verordnung angegeben ist.
AHI04	Anmerkungen zum Anlass des Auftrags	Freitext: An dieser Stelle können Bemerkungen zum Anlass des Auftrags angegeben werden, z. B. zu laufenden Sozialversicherungsverfahren, zur gewünschten Erledigungsart oder Hinweise auf zusätzliche Anträge (z.B. Pflegehilfsmittel).
AHI05	Auftragsart	Hier ist die Art des Auftrages gemäß Schlüssel B aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben.
AHI06	Begutachtungsart	Hier ist die Art der erfolgten Begutachtung gemäß Schlüssel C aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben,
AHI07	Fristfall PRG	Hier ist anzugeben, ob die Begutachtung unter das Patientenrechtegesetz fällt und damit gesetzlichen Fristen zu beachten sind. Das Feld ist entweder mit 0 = nein oder 1 = ja zu befüllen.
AHI08	Fristablauf bei Kasse	Hier ist das Datum anzugeben, an dem die Frist abläuft. Dieses Feld ist zu befüllen, wenn AHI07 = ja.
AHI09	OP-Datum	Es ist das Datum anzugeben, an dem die OP durchgeführt wurde. (z.B. bei Bewegungsschienen)
AHI10	Derzeitiger Pflegegrad	Es ist die zum Zeitpunkt des Auftrages bestehender Pflegegrad des beantragenden Versicherten laut Schlüssel E im Schlüsselver-

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		zeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes anzugeben.
AHI11	Datum derzeitiger Pflegegrad seit	Wenn AHI10 > 0 und < 5, ist der Beginn der aktuell beim beantragenden Versicherten bestehender Pflegegrad aus dem Bestandssystem der Pflegekasse zu übernehmen. Das Datum 'Pflegebedürftigkeit seit' muss kleiner/gleich dem Auftragsdatum sein.
AHI12	Ersteller des letzten Pflegegutachtens (MDK)	An dieser Stelle ist das Institutionskennzeichen des MDK anzugeben, der das letzte Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erstellt hat. Sollte kein Institutionskennzeichen vergeben sein, kann der Name angegeben werden.
AHI13	Pflegeart/Pflegeleistung nach SGB XI	Freitext: Liegt ein Pflegegrad vor, ist ergänzend anzugeben, welche Pflegeart/Pflegeleistungen nach dem SGB XI durchgeführt werden. Bedingung: Feldbezeichnung "Pflegegrad" wurde mit einem Schlüsselwert > „0“ und kleiner < „6“ befüllt.
AHI14	Anzahl der Anlagen	An dieser Stelle 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.
AHI15	Anzahl der Anlagen per Postweg	An dieser Stelle ist die Anzahl der Anlagen von 0 bis 99 anzugeben, die parallel zu der elektronischen Übermittlung eines Falls per Postweg (Papier) übersendet werden.
AHI16	Erläuterung Anlagen per Postweg	Freitext: An dieser Stelle kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Anlagen per Post versendet wurden.
AHI17	Unterlagen liegen bereits beim MDK vor	An dieser Stelle ist anzugeben, ob bereits Unterlagen dem MDK vorliegen. 0 = nein; 1 = ja
AHI18	Erläuterung Unterlagen, die Bereits beim MDK vorliegen	Freitext: An dieser Stelle kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Unterlagen bereits beim MDK vorliegen.
AHI19	Berechtigung des MDK zur Ergänzung der Fragestellung	Über dieses Feld berechtigt die Krankenkasse bei der Auftragserteilung den MDK, Fragen zu beantworten, die nicht über den Auftrag – Segment RHI – gestellt worden sind. Schlüssel O aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.
AHI20	Berechtigung des MDK zum Wechsel der Auftragsart	Über dieses Feld berechtigt die Krankenkasse bei der Auftragserteilung den MDK, eigenständig die Auftragsart „Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)“ in einen Auftrag zur Erstellung eines Gutachtens bzw. einen Auftrag zur Erstellung eines Gutachtens in eine SFB

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
		umzuwandeln, ohne einen neuen Auftrag von der Krankenkasse erhalten zu haben. Dabei darf das Prinzip der 1-zu-1-Beziehung nicht außer Acht gelassen werden. Deshalb darf in diesem Fall nur das Ergebnis des durch den MDK umgewandelten Auftrags an die Krankenkasse zurückgesendet werden. Schlüssel P aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.

9.1.1 Diagnosen (DIA)

Der Datensatz Diagnosen ist ein **KANN**-Segment im Geschäftsvorfall Beauftragung und kann 1 Mal zum Segment AHI übermittelt werden. In den Segmenten REH, KHB, HPM, HEM können die Diagnosen bis zu 99 Mal übermittelt werden. Der Datensatz Diagnosen ist ein **MUSS**-Segment im Datensatz AUF und kann bis zu 99 Mal übermittelt werden.

Der Datensatz Diagnosen ist ein **MUSS**-Segment im Geschäftsvorfall Begutachtung und kann bis zu 99 Mal zum Segment GHI übermittelt werden.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
DIA01	ICD	An dieser Stelle sollen die Diagnosen angegeben werden. Die Angaben müssen dem amtlichen Diagnoseschlüssel des DIMDI entsprechen. Sofern dieses Segment verwendet wird, ist entweder der Feldname DIA01 oder DIA02 zu befüllen.
DIA02	Lokalisation	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. Sofern dieses Segment verwendet wird, ist entweder der Feldname DIA01 oder DIA02 zu befüllen.
DIA03	ICD-Version/Diagnosekatalog	Es ist als ICD-Version der Jahrgang des ICD10-Kataloges der in DIA02 übermittelten Diagnose anzugeben, z. B. 2010.
DIA04	Diagnose In Klartext	Freitext: Wurde ein ICD Schlüssel eingetragen, so muss im Klartext die Diagnose übermittelt werden.

9.1.2 Hilfsmittel (HPI)

Dieser Datensatz ist ein MUSS-Segment und gibt Auskunft, welches Hilfsmittel der Versicherte beantragt hat. Das Segment muss einmal je Begutachtungsauftrag übermittelt werden. Der MDK wird zu diesem Antrag um gutachterliche Stellungnahme ersucht. Einzelheiten sind dem PDF zu entnehmen. Dieser Datensatz kann für zusammenhängende Hilfsmittel bis zu 99 Mal je AHI übermittelt werden. Soll die Begutachtung für unterschiedlich Hilfsmittel, die nicht derselben Produktgruppen zugeordnet sind, erfolgen (z.B. Rollstuhl und Beatmungsgerät), sind separate Aufträge zu erteilen.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
HPI01	Laufende Nummer des Hilfsmittels	In einer Beauftragung können bis zu 99 Hilfsmittel enthalten sein. Die laufende Nummer gibt an, um das wievielte Hilfsmittel es sich handelt und dient der besseren Zuordnung.
HPI02	Hilfsmittel-/Pseudopositionsnummer	Es kann die bis zu 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer aus dem Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V angegeben werden. Wurde an das Hilfsmittel keine Hilfsmittelpositionsnummern vergeben, kann ersatzweise eine Pseudopositionsnummer von den Krankenkassen eingetragen werden.
HPI03	Bezeichnung des Hilfsmittels	Freitext: Es ist die Art des Hilfsmittels anzugeben, die aus dem Bestandssystem der Krankenkasse entnommen werden kann. Idealerweise die Bezeichnung aus dem Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V. Nähere Produktbeschreibungen sind ggf. als Anlage beizufügen.

9.1.2.1 Fragestellung (RHI)

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 je HPI übermittelt werden. Jeder Schlüssel D „Vordefinierte Fragen“ aus Anhang 1, darf je HPI nur einmal übermittelt werden.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
RHI01	Fragestellung	Hier ist die Frage gemäß Schlüssel D aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben
RHI02	Begründung der Fragestellung	Freitext: An dieser Stelle kann mit Hilfe von Freitext die Fragestellung begründet werden.

9.1.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (REH)

Der Datensatz REH ist ein **KANN**-Segment und enthält relevante Informationen über Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die bis zu vier Jahren vor bzw. während Auftragserteilung durchgeführt wurden. Der Datensatz kann bis zu 99 je AHI geliefert werden. Jeder Datensatz REH kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
-----------	-----------------	-------------------

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
REH01	Beginn der Reha-Leistung	Es ist das Datum des Beginns der Rehabilitationsleistung anzugeben.
REH02	Ende der Reha-Leistung	Es ist das Datum des Endes der Rehabilitationsleistung anzugeben.
REH03	IK der Rehabilitationseinrichtung	An dieser Stelle ist das IK der Rehabilitationseinrichtung anzugeben.
REH04	Name der Rehabilitationseinrichtung	Freitext: An dieser Stelle ist die offiziell gültige Namensbezeichnung der Rehabilitationseinrichtung anzugeben.
REH05	Art der Rehaausführung	Hier ist die Art der Reha gemäß Schlüssel K aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben
REH06	Art der Rehaleistung	Hier ist die Art der Reha gemäß Schlüssel I aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben

9.1.4 Krankenhausbehandlung (KHB)

Der Datensatz KHB ist ein **KANN**-Segment und enthält relevante Informationen über Krankenhausbehandlungen der letzten vier Jahre die vor bzw. während der Auftragserteilung durchgeführt wurden. Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je AHI geliefert werden. Jeder Datensatz KHB kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
KHB01	Datum Krankenhausaufnahme	Es ist der Aufnahmetag in das Krankenhaus anzugeben. Dieses Datum kann aus dem Bestandssystem der Krankenkasse entnommen werden.
KHB02	Datum Krankenhausentlassung	Es ist der Entlassungstag aus dem Krankenhaus anzugeben. Dieses Datum kann aus dem Bestandssystem der Krankenkasse entnommen werden.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
KHB03	IK des Krankenhauses	An dieser Stelle ist das IK des Krankenhauses anzugeben.
KHB04	Name des Krankenhauses	Freitext: An dieser Stelle ist die offiziell gültige Namensbezeichnung des Krankenhauses anzugeben.

9.1.5 Hilfsmittel (HPM)

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

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
HPM01	Hilfsmittel-/Pseudopositionsnummer	Es kann die bis zu 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer aus dem Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V angegeben werden. Wurde an das Hilfsmittel keine Hilfsmittelpositionsnummern vergeben oder handelt es sich um eine Versorgungspauschale (z.B. Stomaversorgung), kann ersatzweise eine Pseudopositionsnummer von den Krankenkassen eingetragen werden.
HPM02	Bezeichnung des Hilfsmittels	Freitext: Es ist die Art des Hilfsmittels anzugeben, die aus dem Bestandssystem der Krankenkasse entnommen werden kann. Idealerweise die Bezeichnung aus dem Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V.
HPM03	Datum	Es ist das Datum anzugeben, dass jeweils den Status (Schlüssel Q) der vorhergehenden Hilfsmittelversorgung anzeigt: bei Status 0 = Angabe des Antragsdatum, bei Status 1 = Angabe des Genehmigungsdatums, Status 2 = Datum der Abgabe, Status 3 = Datum der Ablehnung
HPM04	Status	Hier ist der Status gemäß Schlüssel Q aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben

9.1.6 Heilmittel (HEM)

Der Datensatz HEM ist ein **KANN**-Segment und gibt Auskunft, ob der Versicherte in den letzten zwei Jahren oder während der Auftragserteilung mit relevanten Heilmitteln versorgt wurde/wird oder diese beantragt hat. *(Zum Beispiel Therapeutische Bewegungsgeräte, Kompressionstherapie)* Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je HPM geliefert werden. Jeder Datensatz AHI kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
HEM01	Heilmittelpositionsnummer	Das Heilmittel muss im bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung gelistet sein.
HEM02	Bezeichnung des Heilmittel	Freitext: Es ist die Art des Heilmittels anzugeben, das aus dem Bestandssystem des bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsverzeichnisses entnommen werden kann.
HEM03	Beginn der Leistung	Es ist das Datum anzugeben, an dem mit der Heilmittelversorgung begonnen wurde.
HEM04	Ende der Leistung	Sofern bekannt, ist das Datum anzugeben, an dem die Heilmittelversorgung abgeschlossen wurde. Das Datum muss gleich oder größer dem Datum „Beginn der Leistung“ sein.
HEM05	Menge der Leistungsart	Es ist die Anzahl der durchgeführten Leistungen anzugeben.

9.1.7 Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Der Datensatz AUF ist ein **KANN**-Segment und gibt Auskunft über die letzten beiden Jahre, ob der Versicherte vor bzw. während der Auftragserteilung relevant arbeitsunfähig ist. (Kontraindikation) Der Datensatz kann bis zu 99 Mal je AHI geliefert werden. Jeder Datensatz AUF muss eine und kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
AUF01	Beginn der AU	Es ist der Beginn der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. Es sind nur Fälle zu berücksichtigen, die bis zu zwei Jahren vor Beginn der Beauftragung liegen.
AUF02	Ende der AU	An dieser Stelle ist das Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. Wird kein Datum erfasst, gilt die Arbeitsunfähigkeit als weiterhin gültig

10. Geschäftsvorfall Begutachtung Hilfsmittel

10.1 Rückgabe ohne Begutachtung (GOB)

Der Datensatz GOB ist ein **KANN**-Segment. Sofern der MDK im Ausnahmefall weitere Unterlagen an die Krankenkasse übermitteln will, kann dem Segment GOB maximal ein PDF-Dokument als Anlage beigefügt werden.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
GOB01	Eingangsdatum beim MDK	Hier ist das Eingangsdatum beim MDK anzugeben.
GOB02	Auftragsart	An dieser Stelle ist die Art des Antrags gemäß Schlüssel B im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes anzugeben.
GOB03	Rückgabebegrund	Schlüssel N im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes Es ist der Grund für die Rückgabe des Auftrags ohne Begutachtung gemäß Schlüssel N im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes mitzuteilen.
GOB04	Erläuterung zum Rückgabebegrund	Freitext: Wird in Feld GOB03 der Wert 99 aus Schlüssel N gewählt, muss der Gutachter des MDK den Rückgabebegrund begründen. Bei allen anderen Werten besteht die Möglichkeit der Erläuterung.

10.2 Gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel (GHI)

Der Datensatz GHI ist ein **KANN**-Segment und enthält Daten der gutachtlichen Stellungnahme Hilfsmittel. Jedes Segment GHI enthält mindestens 1, maximal 99 DIA Untersegmente. Das Segment GHI beinhaltet als Anlage immer genau ein PDF-Dokument. In dieser Anlage ist das Gutachten zu übermitteln. Sofern der MDK im Ausnahmefall weitere Unterlagen an die Krankenkasse übermitteln will, sind diese innerhalb des PDF Dokumentes nach dem Gutachten anzufügen.

Feldname	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
GHI01	Eingangsdatum beim MDK	Hier ist das Eingangsdatum beim MDK anzugeben.
GHI02	Anmerkungen/ sonstiges	Freitext: Der MDK hat die Möglichkeit, der Krankenkasse noch weitergehende Hinweise hinsichtlich der Versorgung des Versicherten mit einem Hilfsmittel geben.
GHI03	Begutachtungsart	Hier ist die Art der erfolgten Begutachtung gemäß Schlüssel C aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben.
GHI04	Begutachtungsdatum	Es ist hier das Datum des Tages anzugeben, an dem die Begutachtung erfolgt ist.
GHI05	Antwort MDK	Hier ist die Antwort gemäß Schlüssel L aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben.
GHI06	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.
GHI07	Antwort mit Begründung	Freitext: In diesem Feld hat der Gutachter des MDK die Möglichkeit seine Antwort gemäß Schlüssel L aus dem Schlüsselverzeichnis zu begründen.

10.2.1 Antwort auf Fragestellungen (GRH)

Der Datensatz-GRH enthält Antworten bzw. zusätzliche Erläuterungen auf die Fragestellungen der Krankenkasse. Dieser Datensatz kann bis zu 99 Mal übermittelt werden. Je mit dem Begutachtungsauftrag übermittelten RHI wird ein GRH als Antwort erwartet. Die Gesamtanzahl GRH darf – sofern die Auftraggeberin des Begutachtungsauftrages einer Erweiterung der Fragestellung zugestimmt hat – größer sein als die der RHI.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
GRH01	Fragestellung	Damit die Antwort des MDK auch der richtigen Frage zugeordnet werden kann, ist an dieser Stelle die jeweilige Frage aus dem Segment RHI, Feld RHI01 zu wiederholen.
GRH02	Antwort MDK	Hier ist die Antwort gemäß Schlüssel L aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 anzugeben. Sofern die Ziffer 3 eingetragen wurde, wird auf das beigefügte Gutachten mit seinen Erläuterungen verwiesen.
GRH03	Begründung	Freitext: Wurde in GRH02 die Antwort 3 des Schlüssel L hinterlegt, muss eine Begründung erfolgen.
GRH04	Laufende Nummer des Hilfsmittel	Damit die Antwort des MDK dem richtigen Hilfsmittel zugeordnet werden kann, ist an diese Stelle jeweils die Ziffer aus dem Segment HPI, Feld HPI03 zu wiederholen.

10.3 Automatische Zwischennachricht bei Verzögerung (AZV)

Das Segment AZV enthält eine Zwischennachricht des MDK über Verzögerungsgründe im Begutachtungsverfahren an die Krankenkasse. Die Zwischennachricht unter Angabe des Verzögerungsgrundes hat der MDK anlassbezogen an die Krankenkasse zu senden, d. h. unverzüglich nachdem er von der Verzögerung Kenntnis erlangt hat. Sofern nach 21 Tagen ab Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse keine Zwischennachricht über Verzögerungsgründe vorliegt, ist davon auszugehen, dass der MDK das Gutachten innerhalb der in § 13 Abs. 3a SGB V genannten Frist zur Verfügung stellt.

Feld-name	Feldbezeichnung	Befüllungshinweis
AZV01	Verzögerungsgrund	Hier ist der Grund der Verzögerung bei der Durchführung der Begutachtung gem. Schlüssel M aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 zu diesem Dokument anzugeben.
AZV02	Erläuterung	Freitext: In diesem Feld ist die Verzögerung des Begutachtungsverfahrens zu erläutern.