

# **Datenaustausch zwischen Kranken-/Pflegekassen (GKV/SPV) und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Bereich Hilfsmittel**

## **Anlage 1.3**

### **Verfahrensspezifische Datendefinition**

**Version 1.2  
Build 7**

**Stand: 15. Januar 2018**

**gültig ab 01.10.2018**

Dokument des

fachlichen Arbeitskreises  
DA GKV/MDK

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b><i>Änderungshistorie</i></b> .....	<b>3</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.....	4
	3.2 Identifikation der Daten.....	5
	3.2.1 Verfahrenskennzeichen.....	5
	3.2.2 Absender/Empfänger.....	5
	3.2.3 Dateinummer.....	6
<b>4</b>	<b><i>Beschreibung der Spaltenköpfe der Dokumentationstabellen</i></b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b><i>Plausibilitätsprüfung</i></b> .....	<b>6</b>
<b>6</b>	<b><i>Aufbau/Struktur der Datensätze</i></b> .....	<b>7</b>
	6.1 Geschäftsvorfall Beauftragung zur Begutachtung zur Feststellung des Hilfsmittelanspruchs.....	7
	6.2 Geschäftsvorfall Begutachtung zur Feststellung des Hilfsmittelanspruchs.....	9
<b>7</b>	<b><i>Geschäftsvorfall Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel</i></b> .....	<b>10</b>
	7.1 Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel (AHI).....	10
	7.2 Diagnosen (DIA).....	12
	7.3 Hilfsmittel (HPI).....	13
	7.4 Fragestellung (RHI).....	14
	7.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (REH).....	14
	7.6 Krankenhausbehandlung (KHB).....	15
	7.7 Hilfsmittel (HPM).....	16
	7.8 Heilmittel (HEM).....	17
	7.9 Arbeitsunfähigkeit (AUF).....	18
	7.10 Mitteilungsmanagement (DAM).....	18
	7.11 Stornierungsmeldung (AST).....	19
<b>8</b>	<b><i>Geschäftsvorfall Begutachtung Hilfsmittel</i></b> .....	<b>20</b>
	8.1 Rückgabe ohne Begutachtung (GOB).....	20
	8.2 Gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel (GHI).....	21
	8.3 Automatische Zwischennachricht bei Verzögerung (AZV).....	22

**Änderungshistorie**

<b>Version</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Autor/in</b>	<b>Datum</b>
1.0	Fertigstellung des Entwurfes	Anika Reichelt (vdek)	24.02.2016
1.1	Änderung Pflegestufen in Pflegegrade	Jaane Kubiak (vdek)	20.12.2016
1.2	Einarbeitung der Anpassungen aus der Sitzung vom 23.10.2017	Anika Reichelt (vdek), Oliver Raspe (vdek)	25.10.2017
1.2 Build 1	Einarbeitung der Anmerkungen, Entfernung der Stammdatenbeschreibung	Oliver Raspe (vdek)	27.10.2017
1.2 Build 2	Einarbeitung redaktioneller Anpassungen	Anika Reichelt (vdek), Oliver Raspe (vdek)	02.11.2017
1.2 Build 3	Einarbeitung redaktioneller Anpassungen	Anika Reichelt (vdek)	06.11.2017
1.2 Build 4	Anpassung des Datensatzes Diagnosen (DIA)	Anika Reichelt (vdek)	24.11.2017
1.2 Build 5	Redaktionelle Anpassung Kapitel 6.1 und 6.2 sowie Kapitel 7.11 in ein Muss-Segment	Anika Reichelt (vdek)	12.12.2017
1.2 Build 6	Redaktionelle Anpassung Kapitel 6.1	Anika Reichelt (vdek)	05.01.2018

1.2 Build 7	Formatanpassungen für AHI14, AHI15 und AHI21	Anika Reichelt (vdek)	15.01.2018
-------------	--	-----------------------	------------

## 2 Einleitung

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

## 3 Spezifikationen

### 3.1 Allgemeines

Der Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und dem MDK erfolgt im XML-Format<sup>1</sup>. Zur Strukturierung der Informationen werden Datensätze gebildet, die logisch zusammengehörige Daten gruppieren.

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.

Angehängte Anlagen werden im Adobe Acrobat Format (.PDF) übergeben.

Die Ausführungen zum logischen und physikalischen Dateinamen sowie detaillierte Regeln zur Übermittlung werden verfahrensübergreifend in der Anlage 2 – Technische Anlage – geregelt.

---

<sup>1</sup> Die Umsetzung der fachlichen Vorgaben in XML (Schema und Instanzdatei) ist in Anhang 3 zu diesem Dokument beschrieben. Der Dateiname ist wie folgt definiert:  
Anl1Anh3\_DA\_GKV\_MDK\_HI\_V[01..\_01..]\_JJJJMMTT

Für jeden Geschäftsvorfall, d.h. Beauftragung einer gutachtlichen Stellungnahme für einen Versicherten bzw. die Rücksendung der gutachtlichen Stellungnahme, wird im Rahmen dieses Dokumentes ein Datensatz definiert. Zusätzlich werden Datensätze spezifiziert, die optional übermittelt werden können. Jeder Geschäftsvorfall kann mehr als ein Hilfsmittel beinhalten. Die beantragten Hilfsmittel müssen im Zusammenhang zur Veranlassung der Inanspruchnahme stehen. Hinweis: Mehrere Verordnungen sind nicht zusammenzufassen.

Die Kopfstellen der beteiligten Institutionen führen definierte und standardisierte Plausibilitätsprüfungen durch. Dateien mit technisch oder inhaltlich fehlerhaften Datensätzen werden nicht weitergeleitet. Der Absender erhält entsprechende Fehlerhinweise und die Gelegenheit, die Datei im richtigen Format erneut zur Verfügung zu stellen.

Die nachfolgende Dokumentation enthält die Spezifikation der Daten.

## **3.2 Identifikation der Daten**

### **3.2.1 Verfahrenskennzeichen**

Das XML-Schema beinhaltet ein eindeutiges Verfahrenskennzeichen, das den Transportweg (Krankenkasse an MDK oder MDK an Krankenkasse) definiert:

- EMDH0 für Echtdaten „MDK Bereich Hilfsmittel“
- TMDH0 für Testdaten „MDK Bereich Hilfsmittel“

### **3.2.2 Absender/Empfänger**

Absender und Empfänger werden im XML-Schema über das Institutionskennzeichen (IK) identifiziert. Es ist jeweils ein eindeutiges und für die gesamte Institution geltendes IK erforderlich.

### 3.2.3 Dateinummer

Die Dateinummer wird zwischen jedem logischen Absender und logischen Empfänger verfahrensbezogen fortlaufend nummeriert. Sie wird innerhalb des XML-Schemas hinterlegt. Die Einzelheiten zur Dateinummer sind in der Anlage 2 – Technische Anlage – festgelegt.

## 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 Plausibilitätsprüfung

Die in den Feldern „Format“ sowie „Muss-/Kannfeld“ (Art) definierten Regeln sind durch die Anwendungsprogramme des Absenders der Daten sicherzustellen. Der Absender der Daten ist weiterhin verpflichtet, die im Feld „Art der Prüfung“ festgelegten Prüfungen vor dem Übertragen der Daten durchzuführen. Werden beim Empfänger Fehler festgestellt, ist der Absender entsprechend zu benachrichtigen.

In den zu liefernden Datensegmenten müssen alle Muss-Felder gefüllt sein. Des Weiteren sind alle Kann-Felder zu füllen, wenn die Information in den Datenbanken der liefernden Institution vorhanden ist.

## 6 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 MDK vorhanden sind. Dies sind z.B. Informationen zu Krankenhausbehandlungen, Reha-Maßnahmen, Hilfsmitteln, usw.

Nachfolgend ist der Aufbau der Datensätze erläutert. Die standardmäßig zu liefernden Datensegmente sind „fett“ dargestellt, die optional zu liefernden Datensätze sind kursiv dargestellt. Der Zusatz „\*“ bedeutet, dass der Datensatz mehrfach geliefert werden kann.

Die zu übermittelnden Stammdaten sind in der verfahrensübergreifenden Datendefinition beschrieben.

### 6.1 Geschäftsvorfall Beauftragung zur Begutachtung zur Feststellung des Hilfsmittelanspruchs

#### Feststellung des Hilfsmittelanspruchs

- **Stammdaten Krankenkasse (ASK)**
- **Stammdaten Versicherter (ASV)**
  - *Stammdaten Anderer Adressat (AAV)\**
- **Auftragsdaten Hilfsmittelbeauftragung (AHI)**
  - *Stammdaten Arzt (BHA)*
  - *Stammdaten Leistungserbringer (SDL)*
  - *Diagnose (DIA)\**
  - **Auftragsdaten Hilfsmittel (HPI)\***
  - **Fragestellung zur Beauftragung (RHI)\***
  - *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (REH)\**
    - *Zugehörige Diagnosen (DIA)\**
  - *Krankenhausbehandlung (KHB)\**
    - *Zugehörige Diagnosen (DIA)\**
  - *Hilfsmittel / Pflegehilfsmittel (HPM)\**
    - *Zugehörige Diagnosen (DIA)\**

- *Heilmittel (HEM)\**
  - *Zugehörige Diagnosen (DIA)\**
- *Arbeitsunfähigkeit (AUF)\**
  - **Zugehörige Diagnosen (DIA)\***
- *Datensatz MiMa (DAM)\**
  
- *Anlage (DOK)\**

oder

**Stornierungsmeldung**

- **Stammdaten Krankenkasse (ASK)**
- **Stammdaten Versicherter (ASV)**
  - *Stammdaten Anderer Adressat (AAV)\**
- **Stornierung (AST)**



## 6.2 Geschäftsvorfall Begutachtung zur Feststellung des Hilfsmittelanspruchs

### Rückgabe ohne Begutachtung

- Stammdaten MDK (GSM)
- Stammdaten Krankenkasse (ASK)
- Stammdaten Versicherter (ASV)
- Rückgabe ohne Begutachtung (GOB)
  - *Anlage (DOK)*

oder

### Rückgabe mit gutachtlicher Stellungnahme

- Stammdaten MDK (GSM)
- Stammdaten Krankenkasse (ASK)
- Stammdaten Versicherter (ASV)
- Gutachtendaten Hilfsmittelbegutachtung (GHI)
  - *Anlage (DOK)*

oder

### Automatische Zwischennachricht bei Verzögerungen

- Stammdaten MDK (GSM)
- Stammdaten Krankenkasse (ASK)
- Stammdaten Versicherter (ASV)
- Automatische Zwischennachricht bei Verzögerungen (AZV)

## 7 Geschäftsvorfall Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel

### 7.1 Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Hilfsmittel (AHI)

Die Beauftragung ist ein **MUSS**-Segment.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
AHI01	xs:date	K	Antragsdatum des Versicherten	Format = JJJJ-MM-TT Antragsdatum darf nicht größer dem Verarbeitungsdatum sein
AHI02	xs:date	M	Eingangsdatum bei der Kasse	Format = JJJJ-MM-TT (Berechnung PRG Frist)
AHI03	xs:date	K	Verordnungsdatum	Format = JJJJ-MM-TT
AHI04	X(..10000)	K	Anmerkungen zum Anlass des Antrags/Auftrags	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen.
AHI05	9(02)	M	Auftragsart	Schlüssel B im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
AHI06	9(02)	M	Begutachtungsart	Schlüssel C im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
AHI07	9(01)	M	Fristfall PRG	0 = nein 1 = ja
AHI08	xs:date	K	Fristablauf bei Kasse	Format = JJJJ-MM-TT Wird zum Pflichtfeld, wenn AHI07 = ja
AHI09	xs:date	K	OP-Datum	Format = JJJJ-MM-TT
AHI10	9(02)	M	Derzeitiger Pflegegrad	Schlüssel E im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes

<b>Feld-name</b>	<b>Format</b>	<b>Muss-/Kannfeld</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Art der Prüfung</b>
AHI11	xs:date	K	Datum derzeitiger Pflegegrad seit	Format = JJJJ-MM-TT Wird zum Pflichtfeld, wenn AHI10 > 0 und < 5. Datum „Pflegebedürftigkeit seit“ muss kleiner dem Antragdatum sein.
AHI12	X(..45)	K	Ersteller des letzten Pflegegutachtens (MDK)	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen
AHI13	X(..255)	K	Pflegeart/Pflegeleistung nach SGB XI	Wenn gefüllt, mindestens 1 Zeichen. Ist auszufüllen, wenn AHI10 < 5.
AHI14	9(..02)	M	Anzahl der Anlagen	Feld muss eine Ziffer enthalten
AHI15	9(..02)	M	Anzahl der Anlagen per Postweg	Feld muss eine Ziffer enthalten
AHI16	X(..255)	K	Erläuterung Anlagen per Postweg	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen.
AHI17	9(01)	K	Unterlagen liegen bereits beim MDK vor	0 = nein 1 = ja
AHI18	X(..255)	K	Erläuterung Unterlagen, die Bereits beim MDK vorliegen	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen.
AHI19	9(01)	M	Berechtigung des MDK zur Ergänzung der Fragestellung	Schlüssel O im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
AHI20	9(01)	M	Berechtigung des MDK zum Wechsel der Auftragsart	Schlüssel P im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
AHI21	9(..08)	K	Kostenvoranschlagsbetrag	6-stellig mit 2 Nachkommastellen
AHI22	X(..255)	K	Erläuterungen der Anlagen per Datenaustausch	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen.

## 7.2 Diagnosen (DIA)

Der Datensatz Diagnosen ist ein **KANN**-Segment in den Datensätzen **AHI**, REH, KHB, HPM, HEM und kann bis zu 99 Mal übermittelt werden.  
 Der Datensatz Diagnosen ist ein **MUSS**-Segment im Datensatz AUF und kann bis zu 99 Mal übermittelt werden.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
DIA01	X(3..09)	K	ICD	Das Feld muss an der ersten Stelle einen Großbuchstaben und an den zwei folgenden Stellen Ziffern aufweisen
DIA02	X(01)	K	Lokalisation	Schlüssel 16 im Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V
DIA03	9(04)	K	ICD-Version/Diagnosekatalog	Format = JJJJ
DIA04	X(..255)	K	Diagnose In Klartext	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen.

### 7.3 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. Der Hilfsmittelbegutachtungsantrag steht für die gesamte Versorgung. Einzelheiten sind dem PDF-Dokument zu entnehmen. Dieser Datensatz kann bis zu 99 Mal übermittelt werden.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feldbezeichnung	Art der Prüfung
HPI01	9(..02)	M	Laufende Nummer des Hilfsmittels	Feld muss mindestens eine Ziffer enthalten
HPI02	9(..10)	M	Hilfsmittel-/Pseudopositionsnummer	HMNR muss im Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V gelistet sein, ersatzweise kann eine Pseudopositionsnummer von den Krankenkassen eingetragen werden.
HPI03	X(..255)	M	Bezeichnung des Hilfsmittels	Feld muss mindestens einen Buchstaben enthalten
HPI04	9(02)	K	Hilfsmittelkennzeichen	Schlüssel A im verfahrensspezifischem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
HPI05	9(..7)	K	Menge	Wenn gefüllt, mindestens 1 Ziffer
HPI06	9(02)	K	Einheit	Schlüssel F im verfahrensspezifischem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
HPI07	xs:date	K	Versorgungsbeginn	Format JJJJ-MM-TT
HPI08	xs:date	K	Versorgungsende	Format JJJJ-MM-TT

## 7.4 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 für jeden Auftrag (AHI) bis zu 99 Mal übermittelt werden.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
RHI01	9(02)	M	Fragestellung	Schlüssel D im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
RHI02	X(..10000)	K	Begründung der Fragestellung	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen.

## 7.5 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	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
REH01	xs:date	K	Beginn der Reha-Leistung	Format = JJJJ-MM-TT
REH02	xs:date	K	Ende der Reha-Leistung	Format = JJJJ-MM-TT Datum REHA-Ende größer Datum REHA-Beginn

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
REH03	9(09)	K	IK der Rehabilitationseinrichtung	Es muss sich um ein IK handeln
REH04	X(..45)	K	Name der Rehabilitationseinrichtung	Name muss mindestens 1 Buchstabe enthalten
REH05	9(01)	K	Art der Rehaausführung	Schlüssel K im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
REH06	9(01)	K	Art der Rehaleistung	Schlüssel I im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes

## 7.6 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	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
KHB01	xs:date	M	Datum Krankenhausaufnahme	Format = JJJJ-MM-TT
KHB02	xs:date	K	Datum Krankenhausentlassung	Format = JJJJ-MM-TT Datum Krankenhausentlassung gleich oder größer Datum Krankenhausaufnahme
KHB03	9(09)	M	IK des Krankenhauses	Es muss sich um ein IK handeln
KHB04	X(..45)	M	Name des Krankenhauses	Muss mindestens 1 Buchstaben enthalten.

## 7.7 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 999 Mal je AHL geliefert werden. Jeder Datensatz HPM kann bis zu 99 Diagnosen (DIA) enthalten.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
HPM01	9(..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(..255)	M	Bezeichnung des Hilfsmittels	Muss mindestens einen Buchstaben enthalten
HPM03	xs:date	M	Datum	Format = JJJJ-MM-TT, bei Status 0 = Angabe des Antragsdatum, bei Status 1 = Angabe des Genehmigungsdatums, Status 2 = Datum der Abgabe, Status 3 = Datum der Ablehnung
HPM04	9(01)	M	Status	Schlüssel Q im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes



## 7.8 Heilmittel (HEM)

Der Datensatz HEM ist ein **KANN**-Segment und gibt Auskunft, ob der Versicherte in den letzten zwei Jahren vor 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 AHL geliefert werden. 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	Feld muss mindestens 1 Ziffer enthalten
HEM02	X(..255)	M	Bezeichnung des Heilmittel	Muss mindestens einen Buchstaben enthalten
HEM03	xs:date	M	Beginn der Leistung	Format = JJJJ-MM-TT
HEM04	xs:date	K	Ende der Leistung	Format = JJJJ-MM-TT
HEM05	9(..5)	K	Menge der Leistung	Wenn gefüllt, mindestens 1 Ziffer

## 7.9 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	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	Ohne Übermittlung AU laufend

## 7.10 Mitteilungsmanagement (DAM)

Der Datensatz DAM ist ein **KANN**-Segment und gibt Auskunft, ob durch die Krankenkasse weitere Sozialdaten bei einem Arzt/Leistungsebringer beantragt wurden. Dieser Datensatz kann bis zu 99 Mal übermittelt werden.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feldbezeichnung	Art der Prüfung
DAM01	X(2..18)	M	Aktenzeichen der Krankenkasse	Wenn gefüllt, ist auf mindestens 2 Zeichen zu prüfen

## 7.11 Stornierungsmeldung (AST)

Der Datensatz AST ist ein **MUSS**-Segment und ist im Fall einer Stornierung einer Beauftragung anzugeben.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
AST01	9(02)	M	Auftragsart	Schlüssel B im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
AST02	X(2..18)	M	Aktenzeichen der Krankenkasse	Eintrag muss mindestens 2 Zeichen enthalten
AST03	X(..255)	K	Erläuterungen	Wenn gefüllt, ist auf mindestens 1 Zeichen zu prüfen.

**Hinweis Fallidentifikation:** Das Aktenzeichen entspricht identisch dem Wert des Datenfeldes ASK08 „Aktenzeichen der Krankenkasse“ des zu stornierenden Auftrages.

## 8 Geschäftsvorfall Begutachtung Hilfsmittel

### 8.1 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	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
GOB01	xs:date	M	Eingangsdatum beim MDK	Format = JJJJ-MM-TT Eingangsdatum darf nicht größer dem Verarbeitungsdatum sein
GOB02	9(02)	M	Auftragsart	Schlüssel B im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
GOB03	9(02)	M	Rückgabegrund	Schlüssel N im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
GOB04	X(..10000)	K	Erläuterung zum Rückgabegrund	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen.

## 8.2 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.

Feld-name	Format	Muss-/Kannfeld	Feld-bezeichnung	Art der Prüfung
GHI01	xs:date	M	Eingangsdatum beim MDK	Format = JJJJ-MM-TT Eingangsdatum darf nicht größer dem Verarbeitungsdatum sein
GHI02	X(..10000)	K	Anmerkungen/ sonstiges	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen.
GHI03	9(02)	M	Begutachtungsart	Schlüssel C im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
GHI04	xs:date	M	Begutachtungsdatum	Format= JJJJ-MM-TT
GHI05	9(01)	M	Antwort MDK	Schlüssel L im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes
GHI06	9(01)	M	Anzahl der Anlagen per Postweg	Muss 1 Ziffer enthalten. Können auch Anlagen der Krankenkasse sein – z.B. Röntgenbilder;
GHI07	X(..10000)	K	Antwort mit Begründung	Wenn gefüllt, ist auf 1 Zeichen zu prüfen.

### 8.3 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	Format	Muss-/Kannfeld	Feldbezeichnung	Art der Prüfung
AZV01	9(01)	M	Verzögerungsgrund	Schlüssel M im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokuments
AZV02	X(..255)	M	Erläuterung	Muss mindestens 1 Zeichen enthalten