



Klinikhinweise

**der Deutschen Rentenversicherung
Baden-Württemberg**

**für die Durchführung von stationären
Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation**

INHALTSVERZEICHNIS

Nr.		Seite
	Vorbemerkungen	4
1.	Aufnahme	5
1.1	Aufnahme des Versicherten	5
1.2	Verschiebung des Aufnahmetermins	5
1.3	Vorgezogene Aufnahme	5
1.4	Übersendung der Aufnahmemitteilung	6
1.5	Übersendung der Aufnahmemitteilung an die gesetzliche Krankenkasse	6
2.	Reisekosten	6
2.1	Reisekosten bei medizinischer Rehabilitation	7
2.1.1	Reisekostengutscheine der Fa. DB Dialog	7
2.1.2	Reisekosten für die Fahrt von der Wohnung zum Bahnhof bzw. vom Bahnhof zur Behandlungseinrichtung	7
2.1.3	Kosten eines Krankentransportes	7
2.1.4	Anreise mit dem PKW	7
2.1.5	Taxibenutzung	8
2.1.6	Reisekosten für Begleitpersonen	8
2.1.7	Fahrkosten bei Anschlussrehabilitation, Kinderrehabilitation und Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen	9
3.	Verpflegungskosten	9
3.1	Verpflegungsgeld für die Reisetage anlässlich der Aufnahme und Entlassung – auch bei Familienheimfahrten –	9
3.2	Auszahlung des Verpflegungsgeldes	9
3.3	Übernachungskosten	10
4.	Beurlaubung	10
4.1	Familienheimfahrten/Beurlaubung aus zwingenden Gründen	10
4.2	Verlegung bei interkurrenter Erkrankung in ein Akutkrankenhaus	11
5.	Veränderung der Verweildauer	12
5.1	Verlängerung der Verweildauer	12
5.2	Verkürzung der Verweildauer	13
6.	Telefonische Unterrichtung	13
6.1	Besondere Vorkommnisse	13
7.	Entlassungsverfahren	13
7.1	Übersendung der Entlassungsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg	13
7.2	Vorzeitige Entlassung	13

7.3	Disziplinarische Entlassung	13
7.4	Übersendung der Aufnahmemitteilung an die gesetzliche Krankenkasse	14
8.	Erstellung und Versendung der Entlassungsberichte	14
8.1	Ausfüllhinweise zum Entlassungsbericht	14
8.2	Weiterleitung der ärztlichen Entlassungsberichte an die gesetzliche Krankenversicherung oder an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)	14
8.3	Rückgabe von Unterlagen	15
8.4	Empfehlungen der Reha-Einrichtungen im Entlassungsbericht	15
8.4.1	Stufenweise Wiedereingliederung	16
8.4.2	Rehabilitationssport und Funktionstraining	17
8.4.3	Leistungen zur Nachsorge	17
9.	Abrechnung der Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme	17
9.1	Teilnahme am DFÜ-Verfahren	17
9.1.1	Abrechnung der Pflegekosten	17
9.1.2	Abrechnung anderer Sachkosten und Nebenkosten	18
9.2	Abrechnung in Papierform	18
9.2.1	Abrechnung von Fahrkosten und Verpflegungskosten	18
9.2.2	Abrechnung von Pflegekosten und anderen Sachkosten	18
10.	Unfallversicherung für Rehabilitanden	18
11.	Aktuelle Meldungen zur Belegungssituation	19
12	Zuzahlung des Versicherten	19
13.	Schweigepflicht und Sozialdatenschutz	20
13.1	Grundsätzliches	20
13.2	§ 35 SGB I – Wahrung des Sozialgeheimnisses	20
13.2.1	§ 67 Abs. 1 SGB X – Sozialdaten	20
13.2.2	§ 78 SGB X – Zweckbindung und Geheimhaltungspflicht	20
13.3	Behandlung von Übermittlungsersuchen dritter Personen oder Stellen bei Sozialdaten	20
13.3.1	Grundsätzliches	20
13.3.2	§ 67 b Abs.1 und 2 SGB X – Schriftliche Einwilligungserklärung des Versicherten	21
13.4	Behandlung der Anfragen von externen Ärzten und anderen Sozialversicherungsträgern	21
13.5	Belehrung der Mitarbeiter in der Reha-Einrichtung	21

Vorbemerkungen

Sehr geehrte Mitarbeiter/innen in den Rehabilitationskliniken,

erfolgreiche Rehabilitation setzt ein gutes Zusammenwirken von Kostenträgern und Leistungserbringern voraus. Im Mittelpunkt unserer gemeinsamen Bemühungen sollten stets die Versicherten stehen, deren erfolgreiche Rehabilitation unser Ziel ist.

Um eine optimale Betreuung unserer Versicherten zu gewährleisten wurden die Hinweise zur Durchführung der medizinischen Rehabilitation in blauer Schriftfarbe aktualisiert.

Bei Rückfragen im konkreten Einzelfall wenden Sie sich bitte an den zuständigen Reha-Sachbearbeiter. Die Telefonnummer finden Sie auf dem jeweiligen Bewilligungsbescheid.

Ausführliche Bearbeitungshinweise zu den Anmerkungen den Datentausch analog § 301 SGB V betreffend finden Sie in unserem Merkblatt. Dieses können Sie auf unserer Homepage abrufen.

Ihre Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

1. Aufnahme

1.1 Aufnahme des Versicherten

Den Aufnahmetermin teilen Sie dem Versicherten bitte zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit. Achten Sie dabei bitte darauf, dass der Betreute mindestens 15 Werktage vor Beginn der Reha-Maßnahme vom Aufnahmetermin Kenntnis erhält.

AHB-Patienten erhalten den Aufnahmetermin i. d. R. bereits im Akuthaus vom Kliniksozialdienst mitgeteilt. Bitte setzen Sie sich bzgl. des Aufnahmetermins direkt mit den Versicherten in Verbindung, ggf. auch telefonisch.

1.2 Verschiebung des Aufnahmetermins

Sollte ein arbeitsfähiger Versicherter mit der Bitte an Sie herantreten, den Aufnahmetermin zu verschieben, so lehnen Sie dieses Ansinnen nicht kategorisch ab. Insbesondere wenn der Versicherte schlüssige Gründe vorgibt, die die Neu- festsetzung eines Aufnahmetermins angezeigt erscheinen lassen, sollte diesem Wunsch entsprochen werden.

Von einer Verschiebung des Aufnahmetages - insbesondere bei Anschluss- rehabilitation – über die Oster- bzw. Weihnachtsfeiertage sollte abgesehen werden. In diesen Fällen verweisen Sie den Versicherten bitte an uns.

Sofern die Einberufung per DFÜ angezeigt wurde, ist in diesen Fällen eine Rück- stellung zu übermitteln.

Eine Verschiebung über den Gültigkeitszeitraum der Kostenzusage von 6 Mona- ten hinaus ist vorab mit uns abzuklären.

Wenn Sie am DFÜ-Verfahren teilnehmen, ist eine Verlängerung der Gültigkeit der Kostenzusage per Datensatz zu beantragen. Sofern Ihre Patientenverwaltung diesen Datensatz nicht abbilden kann, beantragen Sie die Verlängerung der Gül- tigkeit weiterhin schriftlich. Von uns erhalten Sie einen entsprechenden Antwort- datensatz, den Sie in Ihre Patientenverwaltung einlesen können müssen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Durchführungsdaten später verarbeitet werden können, da die Datenannahme und –verteilstelle (DAV) aus datenschutz- rechtlichen Gründen verpflichtet ist, Kostenzusagen nach Ablauf der Gültigkeit zu löschen, falls noch keine Aufnahme erfolgte.

1.3 Vorgezogene Aufnahme

Alle Fälle, in denen eine Aufnahme dringlich ist, enthalten einen Hinweis in der Kostenzusage. In diesen Fällen ist für eine bevorzugte Aufnahme Sorge zu tragen.

Als vorgezogene Aufnahmefälle gelten:

- Reha-Eilverfahren
- Rehabilitationsleistungen, die auf Veranlassung des Rentenversicherungs- trägers durchgeführt werden, z. B. aufgrund von Anregungen aus dem Ren- tenverfahren oder im Hinblick auf mögliche Leistungen zur Teilhabe am Ar-

beitsleben.

- Rehabilitationsleistungen, die auf Veranlassung einer Krankenkasse oder der Agentur für Arbeit beantragt und bewilligt worden sind (§§ 51 Abs. 1 SGB V, 145 Abs.2 SGB III) und
- Rehabilitationsleistungen bei laufender Arbeitsunfähigkeit.

Entsprechende Zusätze auf den Bewilligungsbescheiden sind zu beachten. Dem Wunsch nach Verschiebung kann in diesen Fällen grundsätzlich nicht entsprochen werden.

1.4 Übersendung der Aufnahmemitteilung

Sollten Sie nicht am DFÜ-Verfahren teilnehmen, übersenden Sie uns bitte die Aufnahmemitteilung in Papierform (siehe übersandter Vordruck).

Von Kliniken, mit denen wir im Wege der DFÜ korrespondieren, sind schriftliche Aufnahmemitteilungen nicht zu übersenden. Die Daten sind spätestens nach drei Arbeitstagen zu übermitteln (s. Datenübermittlungsrahmenvereinbarung).

Wichtig:

Die Aufnahmemitteilung darf aber erst dann versandt bzw. die Daten dürfen erst dann übermittelt werden, wenn der Versicherte die Maßnahme angetreten hat.

1.5 Übersendung der Aufnahmemitteilung an die gesetzliche Krankenkasse

Die gesetzliche Krankenkasse benötigt zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe bei allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Aufnahmemitteilung. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass bei jeder Leistung zur medizinischen Rehabilitation die zuständige gesetzliche Krankenkasse die Aufnahmemitteilung erhält.

Alle Rehabilitationseinrichtungen, die an der Datenfernübertragung (DFÜ-Verfahren) teilnehmen, erhalten aus technischen Gründen keine Blanko-Vordrucke mehr. Als Aufnahmemitteilung ist der Vordruck G9306 zu verwenden. Auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung steht der Vordruck G9306 zur Verfügung. Es können auch interne Muster der Aufnahmemitteilung verwendet werden, wenn sie inhaltlich dem G9306 entsprechen.

Keine Teilnahme am DFÜ-Verfahren

Es sind hier regelmäßig die mit der Bewilligung versendeten Blanko-Vordrucke zu verwenden und der jeweils zuständigen gesetzlichen Krankenkasse ausgefüllt zu übersenden.

2. Reisekosten

Bei Anschlussrehabilitation, Kinderrehabilitation und Entwöhnungsbehandlungen gilt nicht das Reisekostengutscheinverfahren. In diesen Fällen beachten Sie bitte Punkt 2.1.7. bzw. die Ergänzenden Regelungen für Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen.

2.1

Reisekosten bei medizinischer Rehabilitation

2.1.1 *Reisekostengutscheine der Fa. DB Dialog*

Es wird bei der Bewilligung der Leistung maschinell ein Reisekostengutschein mit Barcode erstellt. Diesen erhalten Sie von uns zusammen mit den Bewilligungsunterlagen. DB Dialog kann ausschließlich Reisekostengutscheine mit Barcode verarbeiten. Sie dürfen deshalb keine auf sonstige Weise erstellten Formulare verwenden.

Bei Aufnahmeverschiebungen müssen Sie dem Rehabilitanden einen neuen Reisekostengutschein mit Barcode zur Verfügung stellen. Dies kann derzeit nur dadurch gewährleistet werden, dass vorab entsprechende Kopien des Reisekostengutscheins gefertigt und in der Patientenakte bereitgehalten werden.

Es ist grundsätzlich vorgesehen, dass Sie auf dem Gutschein den Anreisetag und voraussichtlichen Rückreisetag ergänzen. Den insoweit ausgefüllten Reisekostengutschein senden Sie dem Rehabilitanden zusammen mit dem Einladungsschreiben zu. Hierbei ist zu beachten, dass DB Dialog für das Erstellen der Fahrunterlagen generell eine Vorlaufzeit von 10 Werktagen benötigt. DB Dialog erstellt auch dann die Fahrunterlagen, wenn im Einzelfall der Rückreisetag nicht eingetragen wurde.

2.1.2 *Reisekosten für die Fahrt von der Wohnung zum Bahnhof bzw. vom Bahnhof zur Behandlungseinrichtung*

Nicht abgedeckt durch die Leistung der Fa. DB Dialog sind Aufwendungen, die dem Rehabilitanden für sonstige Zufahrtkosten zum Heimatbahnhof bzw. vom Zielbahnhof in die Rehabilitationseinrichtung entstehen. Diese Kosten bitten wir an die Versicherten auszuführen. Lassen Sie sich die entsprechende Fahrkarte vorlegen. Zahlen Sie bitte aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung gleich nach der Anfahrt sowohl die Anfahrtkosten als auch die Rückfahrtkosten in einer Summe aus. Die Erstattung erfolgt auf dem bisher üblichen Wege.

Für die Fahrt zum Bahnhof mit dem Pkw ist die Wegstreckenentschädigung zu gewähren, vgl. auch Ziffer 2.1.4.

2.1.3 *Kosten eines Krankentransportes*

Diese Aufwendungen werden nur erstattet, wenn die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg das Erfordernis des Krankentransportes vorher anerkannt hat. Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen direkt an uns.

2.1.4 *Anreise mit einem Kraftfahrzeug*

Grundsätzlich ist es wünschenswert, dass Versicherte mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen. Vor einer Auszahlung ist auch hier anhand der Sammeliste der Firma DB Dialog sicherzustellen, dass von dort keine Reiseunterlagen ausgestellt wurden.

Bei der Nutzung eines Kraftfahrzeuges sind 0,20 EUR je gefahrenem Kilometer (von Adresse zu Adresse, **nicht pauschal von Postleitzahl zu Postleitzahl**) zu erstatten, maßgebend sind hierbei die Angaben des Rehabilitanden. Sind die Angaben des Rehabilitanden nicht schlüssig, so ist für die Wegstreckenentschädigung die verkehrsübliche Straßenverbindung zugrunde zu legen. Für die Bestimmung der Entfernung ist die gefahrene Strecke maßgebend. Hinfahrt und Rück-

fahrt werden zusammengerechnet und die Summe auf volle Kilometer abgerundet. Bei einer stationären Behandlung sind höchstens 130,00 EUR für An- und Abreise zusammen zu erstatten. Die Mitnahme weiterer Personen führt nicht zu einer höheren Entschädigung. Für die Mitfahrer entsteht kein Anspruch auf Erstattung von Fahrkosten.

Die Wegstreckenentschädigungen von 0,20 EUR je gefahrenem Kilometer gilt für alle Kraftfahrzeuge, die über ein amtliches Kennzeichen oder Versicherungskennzeichen verfügen und dementsprechend auf öffentlichen Straßen in Betrieb gesetzt werden dürfen (z. B. Pkw, (Leicht-) Kraftrad). Unerheblich ist hierbei, ob es sich um ein eigenes oder um ein Leihfahrzeug handelt.

2.1.5 *Taxibenutzung*

Kosten für die Fahrt mit dem Taxi werden grundsätzlich nicht übernommen. Sie werden in Ausnahmefällen dann übernommen, wenn ein triftiger Grund und die vorherige Zustimmung des Rentenversicherungsträgers vorliegen.

Bei ganztägig-ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen ist die Übernahme von Kosten für die Nutzung eines Taxis grundsätzlich ausgeschlossen.

2.1.6 *Reisekosten für Begleitpersonen*

Reisekosten für Begleitpersonen werden nur erstattet, wenn die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg das Erfordernis der Begleitung **vorher genehmigt hat**.

Anreise mit der Bahn

Nutzt der Rehabilitand das Reisekostengutscheinverfahren, organisiert DB Dialog ebenfalls die Fahrkarten für die An- und Abreise der Begleitperson.

Anreise mit einem Kraftfahrzeug

Reisen die Rehabilitanden mit einer Dauerbegleitung mit einem Kraftfahrzeug (z. B. Pkw) an, beinhaltet die Wegstreckenentschädigung auch die Reisekosten für die gemeinsamen Fahrten mit der Begleitperson.

Ist eine Begleitperson ausschließlich für die Anreise und Abreise erforderlich, wird die Wegstreckenentschädigung den Versicherten für die Begleitperson erstattet. Hierbei werden für jede Reise (Hinfahrt und Rückfahrt, inklusive Leerfahrt) 0,20 EUR je gefahrenen Kilometer, höchstens jedoch 130,00 EUR gezahlt. Ist für die An- und Abreise eine Begleitperson erforderlich, können dementsprechend bei der Benutzung eines Kraftfahrzeugs insgesamt maximal 260,00 EUR erstattet werden.

Der evtl. entstandene Verdienstaussfall einer Begleitperson wird auf Antrag von der DRV Baden-Württemberg erstattet.

Besonderheiten im DFÜ-Verfahren:

Sowohl für Reisekosten als auch für Unterbringungskosten von Begleitpersonen (Erwachsene und Kinder) stehen im Rechnungsdatensatz eigene Entgeltarten zur Verfügung. Die Rechnungsdaten sind uns als Nebenkosten unter der Versicherungsnummer des Patienten zu übermitteln.

2.1.7 *Fahrkosten bei Anschlussrehabilitation, Kinderrehabilitation und Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen*

Die Anreise in diesen Fällen erfolgt in der Regel durch Pkw mit Begleitperson. Unseren Kostenzusagen sind daher keine Reisekostengutscheine der Fa. DB Dialog beigelegt. Anlässlich solcher Leistungen können vom Rehabilitanden keine Reiseunterlagen angefordert werden.

Bei Erstattung von Reisekosten ist wie unter Ziff. 2.1. ff beschrieben zu verfahren.

3. **Verpflegungskosten**

3.1 Verpflegungsgeld für die Reisetage anlässlich der Aufnahme und Entlassung – auch bei Familienheimfahrten –

Für den Tag seiner An- oder Abreise hat der Versicherte einen Anspruch auf Verpflegungsgeld, wenn die unvermeidbare Reisedauer vom Wohnort/Aufenthaltort mehr als 8 Stunden beträgt. Maßgebend ist die Abwesenheit an einem Kalendertag.

Das pauschalierte Verpflegungsgeld entfällt, wenn die Klinik für die Rückfahrt Verpflegung zur Verfügung stellt. Die Höhe des zu zahlenden Verpflegungsgeldes richtet sich nach § 6 Bundesreisekostengesetz (BRKG). Bei Leistungsansprüchen, die ab dem 01.01.2023 entstehen, beträgt das Verpflegungsgeld bei einer Abwesenheit

von mehr als 8 Stunden	14,00 EUR
von 24 Stunden	28,00 EUR.

Ist das Frühstück Bestandteil der Verpflegung werden von dem vollen Tagegeld 20 % (5,60 EUR) einbehalten.

Verpflegung bei Reisen über 2 Tage

Für den Tag des Antritts und den Tag der Beendigung einer mehrtägigen Reise **mit Übernachtung** entfallen die bisher geltenden Mindestabwesenheitszeiten und es wird für beide Kalendertage ein Verpflegungsgeld von jeweils 14,00 EUR festgesetzt.

Beginnt die mehrtägige Reise an einem Kalendertag und endet am nachfolgenden Kalendertag **ohne Übernachtung**, werden 14,00 EUR für den Kalendertag gewährt, auf den der überwiegende Teil der insgesamt mehr als 8 Stunden Abwesenheit fällt.

3.2 Auszahlung des Verpflegungsgeldes

Sofern nach Ihrer Einschätzung die genannten Voraussetzungen vorliegen, bitten wir Sie, das Verpflegungsgeld für die Hin- und Rückreise auszubezahlen und uns dann auf dem bisher üblichen Wege in Rechnung zu stellen.

3.3

Übernachungskosten

Soweit eine Übernachtung notwendig ist, weil die Fahrt zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtung nicht an einem Tag zurückgelegt werden kann, steht dem Versicherten ein pauschales Übernachtungsgeld in Höhe von 20,00 EUR zu. Beinhalten die Übernachtungskosten das Frühstück, erfolgt eine Kürzung des Verpflegungsgeldes um 20 Prozent. Wir bitten Sie, diese Kosten an den Versicherten auszubezahlen.

4.

Beurlaubung

4.1

Familienheimfahrten/Beurlaubung aus zwingenden Gründen

- Bei stationären Leistungen zur Rehabilitationen, die länger als acht Wochen andauern, können Reisekosten für bis zu zwei Familienheimfahrten im Monat übernommen werden. Im letzten Teilmonat besteht ein Anspruch auf eine weitere Familienheimfahrt, sofern dieser länger als 14 Tage andauert.

Liegen in einem Monat Feiertage (zum Beispiel Ostern, Weihnachten), so sollen die Familienheimfahrten so gelegt werden, dass die Leistungsberechtigten möglichst über die Feiertage nach Hause fahren.

Die Familienheimfahrten sollten unter Einschluss eines Wochenendes oder in Verbindung mit Feiertagen durchgeführt werden und außer denjenigen an den Festtagen in der Regel drei Kalendertage einschließlich der Reisetage nicht überschreiten.

Zu Ostern, Pfingsten, Weihnachten, aus Anlass von Erkrankungen und aus sonstigen Gründen werden keine zusätzlichen Familienheimfahrten übernommen.

Besonderheiten bei Entwöhnungsbehandlungen:

Therapiebedingte Heimfahrten im Rahmen von Angehörigenseminaren und von Realitätstrainings werden grundsätzlich auf die Familienheimfahrten beziehungsweise Besuchsfahrten angerechnet. Auch Angehörigenbesuche sind auf die Anzahl der Familienheimfahrten anzurechnen. Auch die Besichtigungsfahrten für eine im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung geplante Adaptionsmaßnahme sind auf die Anzahl der zustehenden Familienheimfahrten anzurechnen.

- Die Kosten zusätzlicher Familienheimfahrten („Beurlaubung aus besonderem Anlass“) – bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sofern ärztliche Bedenken nicht entgegenstehen – werden zum Beispiel bei Tod oder lebensbedrohender Erkrankung eines Angehörigen grundsätzlich bis zum Wohnort des Leistungsberechtigten erstattet. Der besondere Anlass ist nachzuweisen.

Die Dauer der Beurlaubung kann tageweise aus besonderem Anlass, längstens für 3 Tage, genehmigt werden.

Weihnachtsurlaub kann wie folgt gewährt werden:

Die Dauer der Heimfahrt wird in Abhängigkeit von der Lage des 24. Dezember eines Jahres festgelegt.

Danach ergibt sich - jeweils einschließlich An- und Abreise folgende Rege-

lung:

24.12.= Montag:	mögliche Abwesenheit von 22.12.- 26.12.= 5 Tage
24.12.= Dienstag	mögliche Abwesenheit von 24.12.- 26.12.= 3 Tage
24.12.= Mittwoch	mögliche Abwesenheit von 24.12.- 28.12.= 5 Tage
24.12.= Donnerstag	mögliche Abwesenheit von 24.12.- 27.12.= 4 Tage
24.12.= Freitag	mögliche Abwesenheit von 24.12.- 26.12.= 3 Tage
24.12.= Samstag	mögliche Abwesenheit von 24.12.- 26.12.= 3 Tage
24.12.= Sonntag	mögliche Abwesenheit von 23.12.- 26.12.= 4 Tage.

Wichtige Anmerkung:

Wir bitten Sie darum, durch organisatorische Vorkehrungen Ihre Aufnahme-terminen so zu legen, dass die Entlassungstage nicht unmittelbar auf die Befreiungstage folgen.

- Die Reha-Leistung gilt für die Dauer einer Familienheimfahrt oder einer Beurlaubung als nicht unterbrochen.
- Der Vergütungssatz wird weitergezahlt, weshalb im DFÜ-Verfahren deshalb keine Unterbrechungsmeldung erfolgen darf. Sofern eine Verpflichtung zur Zuzahlung besteht, ist diese auch für die Beurlaubung zu leisten.
- Das für die Dauer der Reha-Leistung ggf. bewilligte Übergangsgeld ist für diese Zeit weiterzubezahlen.
- Durch die Heimfahrt darf keine Verlängerung der Rehabilitationsleistung – auch nicht um die Zeit der Beurlaubung – erforderlich werden.

4.2

Verlegung bei interkurrenter Erkrankung in ein Akutkrankenhaus

Mit Verlegung in ein Akutkrankenhaus im Falle einer interkurrenten Erkrankung endet die Zahlung des Vergütungssatzes am Vortag der Verlegung. Sollte der Versicherte vom Krankenhaus zu Ihnen zurückverlegt werden, nehmen wir ab dem Rückverlegungstag die Zahlung des Pflegesatzes wieder auf. Der Versicherte erhält ebenso erst ab dem Rückverlegungstag wieder Übergangsgeld (In der Zwischenzeit erhält der Versicherte ggf. Krankengeld). Im Falle eines Kostenträgerwechsels teilen wir Ihnen mit, ab welchem Zeitpunkt der neue zuständige Kostenträger den Pflegesatz übernimmt.

Wir bitten daher zu beachten, dass in den Unterbrechungsmeldungen als Beginn- datum der Verlegungstag und als Enddatum der Tag vor der Rückverlegung ge- meldet wird.

Im DFÜ-Verfahren ist der Beginn der Unterbrechung unverzüglich elektronisch anzuzeigen. Hier kann eine offene Unterbrechungsmeldung erfolgen. Sobald der Patient wieder aufgenommen wird, ist uns das Enddatum oder der komplette Zeit- raum der Unterbrechung zu melden.

Hinweis: Beurlaubungen bzw. Verlegungen bei interkurrenten Erkrankungen sind im Entlassungsbericht unter Angabe der Gründe zu dokumen- tieren.

5. Veränderung der Verweildauer

5.1 Verlängerung der Verweildauer

Eine Verlängerung der Regelbewilligungsdauer ist ausschließlich aus medizinischen Gründen möglich.

Über eine Verlängerung entscheidet die/der behandelnde Ärztin/Arzt der Einrichtung in eigener Zuständigkeit.

Die Gründe für Verlängerungen sind im ärztlichen Entlassungsbericht ausführlich darzulegen.

Verlängerungen sind grundsätzlich beim zuständigen Regionalzentrum bzw. den Fachbereichen in Stuttgart bzw. Karlsruhe spätestens sieben Kalendertage vor der ursprünglich geplanten Entlassung per Telefax anzuzeigen.

Im elektronischen Datenausch nach § 301 SGB V genügt im Echtbetrieb zur Anzeige der Verlängerung der Datensatz „Anzeige einer Verlängerung – ANV“. Die jeweiligen Datensätze sind uns bis spätestens sieben Kalendertage vor dem ursprünglich geplanten Entlassungstermin zu übermitteln.

Ausnahme psychosomatische/psychotherapeutische Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:

Bei psychosomatischen/psychotherapeutischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist eine Verlängerung um mehr als eine Woche beim zuständigen Regionalzentrum formlos zu beantragen. Der Antrag ist im Rahmen des Datenaustausches nach § 301 SGB V mit dem Datensatz „Antrag auf Verlängerung des Aufenthaltes – ATV“ zu übermitteln. Der Antrag selbst ist diesem Datensatz als pdf-Dokument beizufügen. Erforderliche Verlängerungen von bis zu einer Woche können bei der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation weiterhin in eigener Zuständigkeit entschieden werden.

5.2 Verkürzung der Verweildauer

Bei der Rehabilitationsdauer ist verstärkt auf Flexibilität und Individualität zu achten. Sobald nach ärztlicher Beurteilung das Rehabilitationsziel bereits vor dem voraussichtlichen Ende der bewilligten Leistung erreicht oder ein Therapieerfolg im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung nicht zu realisieren ist, ist der Patient vorzeitig zu entlassen.

6. Telefonische Unterrichtung

6.1 Besondere Vorkommnisse

Alle besonderen Vorfälle, insbesondere Todesfälle und schwerwiegende Unfälle sowie alle interkurrenten Erkrankungen mit Verlegung in ein Krankenhaus, die während den stationären Reha-Leistungen eintreten, sind unverzüglich der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg telefonisch mitzuteilen.

Von einer telefonischen Unterrichtung bei Unterbrechungen kann abgesehen werden, wenn die Daten unverzüglich elektronisch gemeldet werden.

7. Entlassungsverfahren

7.1 Übersendung der Entlassungsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Die Entlassungsmitteilung muss am Entlassungstag* an die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg übersandt werden. Nur dann ist gewährleistet, dass der Versicherte rechtzeitig ggf. ihm noch zustehende Leistungen (z. B. Übergangsgeld) erhält und/oder Überzahlungen vermieden werden.

Sollten Sie nicht an der Datenfernübertragung teilnehmen, übersenden Sie uns bitte die Entlassungsmitteilung in Papierform. Wir bitten darauf zu achten, den Entlassungsbericht sorgfältig und vollständig auszufüllen.

Wichtiger Hinweis: Als Entlassungstag gilt immer der Tag der Abreise des Rehabilitanden aus der Reha-Einrichtung, auch wenn diese bereits vor dem geplanten Ende der Reha-Leistung erfolgt.

7.2 Vorzeitige Entlassung

Zur Vermeidung einer Übergangsgeldüberzahlung ist es erforderlich, dass **vorzeitige Entlassungen** von Ihnen am Entlassungstag telefonisch oder per Fax der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg bzw. dem zuständigen Regionalzentrum oder Fachbereich bekannt gegeben werden.

Bei Teilnahme an der DFÜ ist die elektronische Meldung ausreichend.

7.3 Disziplinarische Entlassung

Verstößt ein Versicherter gegen die Hausordnung oder seine Mitwirkungspflichten, so sind Sie berechtigt, den Versicherten vorzeitig zu entlassen. Zur Vermeidung von Übergangsgeldüberzahlungen ist es erforderlich, dass die vorzeitige Entlassung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg bzw. dem zuständigen Regionalzentrum oder Fachbereich am Entlassungstag telefonisch oder per Fax bekannt gegeben wird.

Bei Teilnahme an der DFÜ ist die elektronische Meldung ausreichend.

Bitte verordnen Sie bei disziplinarischen Entlassungen keine nachgehenden Leistungen.

7.4 Übersendung der Entlassungsmitteilung an die gesetzliche Krankenkasse

Die gesetzliche Krankenkasse benötigt zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe bei allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Entlassungsmitteilung. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass bei jeder Leistung zur medizinischen Rehabilitation die zuständige gesetzliche Krankenkasse die Entlassungsmitteilung erhält.

Alle Rehabilitationseinrichtungen, die an der Datenfernübertragung teilnehmen, erhalten aus technischen Gründen keine Blanko-Vordrucke mehr. Als Entlas-

sungsmittelung ist der Vordruck G8400 zu verwenden. Auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung steht der Vordruck G8400 zur Verfügung. Es können auch interne Muster für eine Entlassungsmittelung verwendet werden, wenn sie inhaltlich dem G8400 entsprechen.

Keine Teilnahme am DFÜ-Verfahren

Es sind hier regelmäßig die mit der Bewilligung versendeten Blanko-Vordrucke zu verwenden und der jeweils zuständigen gesetzlichen Krankenkasse ausgefüllt zu übersenden.

8. Erstellung und Versendung der Entlassungsberichte

8.1 Ausfüllhinweise zum Entlassungsbericht

Um Ihnen den Umgang mit dem Einheitlichen Ärztlichen Entlassungsbericht zu erleichtern, wurde ein **Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht** in der medizinischen Rehabilitation erstellt. Die Angaben auf den Blättern 1, 1a, 1b nehmen Sie bitte entsprechend dem Leitfaden vor.

Der Entlassungsbericht (G810- G813) umfasst insgesamt **mindestens 4** Blätter.

Blatt 1 - **Basisdokumentation**

Blatt 1a - **sozialmedizinische Leistungsbeurteilung**

Blatt 1b - **therapeutische Leistungsdaten**

Blatt 2 - **beliebig ergänzbar, kann bei Bedarf mehrfach vorhanden sein – mit dem ärztlichen Bericht in freier Form.**

8.2 Weiterleitung der ärztlichen Entlassungsberichte an die gesetzlichen Krankenkassen oder an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Blatt 1 des Entlassungsberichtes

Aus datenschutzrechtlichen Gründen darf das Blatt 1 des Entlassungsberichtes nur noch auf Anforderung und mit der Einwilligung des Versicherten an die Krankenkasse und/oder den MDK weitergegeben werden. Dabei reicht es aus, wenn die Krankenkasse /der MDK mit ihrer/seiner Anforderung schriftlich bestätigt, dass eine entsprechende Einwilligungserklärung des Versicherten vorliegt.

Das entsprechende Anforderungsschreiben der Krankenkasse/des MDK ist in der Krankenakte aufzubewahren.

Vollständiger Entlassungsbericht

➤ Krankenkassen

Der vollständige Entlassungsbericht darf in keinem Fall an die Krankenkasse übermittelt werden. Dies gilt selbst dann, wenn der Versicherte damit einverstanden ist. Diesbezügliche Anfragen der Krankenkassen bitten wir in eigener Zuständigkeit unter Hinweis auf Bestimmungen des Datenschutzes entsprechend zu beantworten.

➤ MDK

Der vollständige Entlassungsbericht darf mit der Einwilligung des Versicherten

auf Anforderung an den MDK weitergegeben werden. Dabei reicht es aus, wenn der MDK mit seiner Anforderung schriftlich bestätigt, dass eine entsprechende Einwilligungserklärung des Versicherten vorliegt.

Der vollständige Entlassungsbericht darf auch auf Anforderung einer Krankenkasse direkt dem zuständigen MDK zugesandt werden.

Hierfür ist es erforderlich, dass Ihnen die Krankenkasse das vollständig ausgefüllte Muster 86 (Weiterleitungsbogen) übersendet. Die Übersendung des Entlassberichtes an den MDK darf ausschließlich mit dem Weiterleitungsbogen vorgenommen werden.

➤ Behandelnder Arzt

Der vollständige Entlassungsbericht darf mit der Einwilligung des Versicherten an den behandelnden Arzt weitergegeben werden. Wir bitten Sie, dazu den Vordruck G0820 (bzw. G0822 für Kinderrehabilitation) an den Versicherten auszuhändigen. Wurde ein Befundbericht für die Rehabilitationsleistung von einem Betriebsarzt erstellt, sollte der Entlassungsbericht auch an diesen übersandt werden. Bitte weisen Sie den Rehabilitanden darauf hin, dass er auf dem Vordruck G0820 auch mehrere Ärzte angeben kann, an die der Entlassungsbericht weitergegeben werden soll.

8.3 Rückgabe von Unterlagen

Mit den Einweisungsunterlagen werden ärztliche Unterlagen im Regelfall in Kopie übersandt. Diese Unterlagen können bei der Reha-Einrichtung verbleiben.

8.4. Empfehlungen der Reha-Einrichtungen im Entlassungsbericht

8.4.1 Stufenweise Wiedereingliederung

Bei allen Versicherten, die arbeitsunfähig entlassen werden und in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine selbständige Tätigkeit ausüben, ist die Erforderlichkeit einer Stufenweisen Wiedereingliederung zu prüfen.

Bitte füllen Sie dazu **immer** die Checkliste (Formular G0833) aus und senden Sie diese per Fax **spätestens am Entlassungstag** sowohl an die DRV Baden-Württemberg als auch die zuständige Krankenkasse. Verwenden Sie bitte die Fax-Nummer auf unserer Bewilligungsmitteilung.

Im Datenaustausch nach § 301 SGB V besteht die Möglichkeit, dieses Formular als pdf-Dokument dem Datensatz Entlassungsmeldung beizufügen.

Die Feststellung und Einleitung einer Stufenweisen Wiedereingliederung erfolgt durch die Ärzte der Reha-Einrichtung.

Die hierzu benötigten Formulare, sowie weitere Informationen zum Verfahren und die Kriterien zur Einleitung einer Stufenweisen Wiedereingliederung finden Sie auf der Homepage der DRV unter:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/Formularpakete/03_reha_einrichtungen_nachsorge_anbieter/reha_einrichtungen/06_DRV_Paket_Rehaeinrichtungen_Stufenweise_Wiedereingliederung.html

Wird die stufenweise Wiedereingliederung von Ihnen eingeleitet, händigen Sie zur Information des Versicherten, seines behandelnden Arztes sowie des Arbeitgebers folgende Unterlagen aus:

- Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für die Versicherten (Formular G0832)
- Kopie der Checkliste (Formular G0833)
- Kopie des Stufenplans (Formular G0834)
- Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für Arbeitgeber (Formular G0838)
- Beginnmitteilung über die stufenweise Wiedereingliederung (Formular G0840).

Erläutern Sie dem Versicherten bitte, dass wir zur Auszahlung des Übergangsgeldes unbedingt das vollständig ausgefüllte Formular G0840 benötigen.

Hinweise wie das Formular G0840 ausgefüllt werden muss, finden Sie auf dem Formular G0830 bzw. der Versicherte auf dem Formular G0832.

Neben einer Stufenweisen Wiedereingliederung können Leistungen zur Nachsorge zur Sicherung des Rehabilitationserfolges empfohlen werden.

8.4.2 *Rehabilitationssport und Funktionstraining*

Zur Sicherung und Stabilisierung des Rehabilitationserfolges ermöglicht das SGB IX die Verordnung von nachgehenden Leistungen. Die Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining (G0850) beinhaltet bereits unsere Kostenzusage. **Im Falle einer Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining händigen Sie den Patienten unbedingt das Informationsblatt G0852 und die Anschriftenliste G0854 aus.**

Bitte beachten Sie, dass im Verordnungsformular G0850 entweder Rehabilitationssport oder Funktionstraining verordnet wird und füllen Sie dazu die jeweils ergänzenden Angaben vollständig aus.

8.4.3 Leistungen zur Nachsorge

Die Leistungen zur Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg stabilisieren und festigen den durch stationäre oder ganztägig ambulante Reha-Leistungen erreichten Behandlungserfolg mit weiterführenden therapeutischen Maßnahmen.

Die Versicherten erhalten seit dem 01. Januar 2017 keinen gesonderten Bewilligungsbescheid mehr. Die Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung (Formular G4802) gilt als Kostenzusage.

Je nach Indikation kann eine intensivierete Reha-Nachsorge (IRENA), eine psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA) oder eine trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA) erbracht werden.

In Fällen, in denen Sie einen Reha-Nachsorgebedarf feststellen, klären Sie bitte mit den Versicherten gemeinsam, wo die Reha-Nachsorge durchgeführt werden kann. Die geeignete Nachsorge-Einrichtung ist dann in der **Empfehlung für eine Leistung zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung** (Formular G4802) unter Ziffer 5 einzutragen.

Informieren Sie bitte die Rehabilitanden, dass sie auf Basis der Empfehlung bereits Kontakt mit der Nachsorge-Einrichtung aufnehmen können, um die Nachsorgetermine zu vereinbaren.

Eine aktuelle Liste der zugelassenen Nachsorge-Einrichtungen finden Sie auf **www.nachderreha.de**.

Bitte nutzen Sie ausschließlich die aktualisierten Formulare. Diese stehen Ihnen ebenfalls auf der Homepage zur Verfügung.

Bitte beachten Sie, dass neben der Empfehlung zur Durchführung von Leistungen zur Nachsorge grundsätzlich keine Verordnung für Rehabilitationssport oder Funktionstraining ausgestellt werden darf.

Bei IRENA ist eine Kombination nur bei kardiologischer Indikation möglich. Hier ist die gleichzeitige Verordnung von Rehabilitationssport in Form einer Herzsportgruppe sinnvoll. Bei Psy-RENA kann im Einzelfall Rehabilitationssport verordnet werden.

Bei T-RENA ist eine Kombination mit weiteren Nachsorgeangeboten nicht möglich.

Im Datentausch ist es zwingend erforderlich, bei der Entlassungsmeldung das Formular G4802 als pdf-Dokument dem Datensatz beizufügen, sofern das Feld „Nachsorge“ mit „ja“ angegeben wurde.

9. Abrechnung der Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme

9.1 Teilnahme am DFÜ-Verfahren

9.1.1 Abrechnung der Pflegekosten

Bitte übermitteln Sie uns den Aufnahme- und Entlassungstag sowie evtl. Unterbrechungszeiträume umgehend. Die Zahlung der Pflegekosten kann frühestens erfolgen, wenn der vollständige Entlassungsbericht in unserem Hause vorliegt.

Bei Unterbrechung der Rehabilitation infolge interkurrenter Erkrankungen ist zu beachten, dass als Ende der Unterbrechung ein Tag vor dem Rückverlegungstag zu übermitteln ist. Ansonsten kommt aus technischen Gründen ein Pflage-tag zu wenig zur Anweisung.

9.1.2 *Abrechnung anderer Sachkosten und Nebenkosten*

Für Unterbringungskosten für medizinisch notwendige und bewilligte Begleitpersonen (Erwachsene und Kinder), Reisekosten und andere Nebenkosten (z. B. Belastungsproben) stehen im Rechnungsdatensatz eigene Kostenarten zur Verfügung. Die Rechnungsdaten sind uns als Nebenkosten unter der Versicherungsnummer des Patienten zu übermitteln.

Das Rechnungsdokument muss dem Datensatz bei der DRV Baden-Württemberg nicht als pdf-Anhang beigefügt werden.

9.2 Abrechnung in Papierform

9.2.1 *Abrechnung von Fahrkosten und Verpflegungskosten*

Bitte übersenden Sie uns innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung die Entlassungsmitteilung. Verauslagte Reise- und Verpflegungskosten tragen Sie bitte in die dafür vorgesehenen Felder auf der Entlassungsmitteilung ein.

9.2.2 *Abrechnung von Pflegekosten und anderen Sachkosten*

Sofern die Abrechnung der Pflegekosten nicht vollmaschinell erfolgt, übersenden Sie uns innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung die Abrechnung der Pflegekosten mit den üblichen Angaben (Zeitraum, Pflage-tage, tägliche Pflegesatz, ggf. weitere Kosten z. B. Unterbringung Begleitpersonen). Die Pflegekostenabrechnung senden Sie an folgende Anschrift:

*DRV Baden-Württemberg
Fachbereich Rehabilitation
Reha-Kostenabrechnung
Postfach 4140
76026 Karlsruhe.*

10. Unfallversicherung für Rehabilitanden

Unfallversicherungsschutz besteht für alle Tätigkeiten, die mit der Durchführung einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation in ursächlichem Zusammenhang stehen. Außerdem besteht Versicherungsschutz bei der An- und Abreise, auch anlässlich der von den Rehabilitationseinrichtungen genehmigten Familienheimfahrten nach § 73 SGB IX.

Jeder während einer Rehabilitationsmaßnahme eintretende Unfall (vorsorglich auch jeder Bagatellunfall) muss dem zuständigen Unfallversicherungsträger in einer Unfallanzeige gemeldet werden.

Melden Sie die Unfälle binnen drei Tagen bitte direkt der Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBG).

*VBG - Bezirksverwaltung Ludwigsburg
Martin-Luther-Straße 79
71636 Ludwigsburg
Telefon: 07141 919-0
Telefax: 07141 902319.*

Eine Durchschrift der Unfallanzeige senden Sie bitte an das zuständige Regionalzentrum bzw. den Fachbereich.

Den Vordruck für die Unfallanzeige erhalten Sie online bei der o. g. Bezirksverwaltung der Verwaltungsberufsgenossenschaft.

Zum Ausfüllen der Unfallanzeige benötigen Sie das Aktenzeichen der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, dieses lautet:

840378559/9

Wichtig:

Für **Begleitpersonen** und für Kinder, die im Rahmen der Haushaltshilfe in der Rehabilitationseinrichtung mit aufgenommen wurden, besteht **kein Unfallversicherungsschutz!**

Auch bei Leistungen zu Prävention besteht kein Unfallversicherungsschutz für den Rehabilitanden und die Begleitperson.

11. Dekadenmeldung der DRV Bund

Zum 01.06.2021 wurde die Belegstands-/Dekadenmeldung für alle Rentenversicherungsträger vereinheitlicht. Die Daten werden zentral bei der Deutschen Rentenversicherung Bund verarbeitet und allen Rentenversicherungsträgern zur Verfügung gestellt. Das Email-basierte Dekadenmeldeverfahren gilt für sämtliche Indikationen. Ausgenommen bleiben zunächst die Kinder- und Suchtrehabilitation.

Das elektronisch ausfüllbare PDF-Formular ist auf der Internetseite der DRV Bund unter

***deutsche-rentenversicherung/Experten/Infos-für-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen & Dokumentationshilfen/
Dekadenmeldung der Deutschen Rentenversicherung***

mit den entsprechenden Erläuterungen zum Download gelistet.

Bei Rückfragen zum Verfahren wenden Sie sich bitte per Email an:

Dekade@drv-bund.de

oder nehmen telefonisch Kontakt mit der DRV Bund auf:

Telefonnummer: 030 – 865 – 82012.

12. Zuzahlung des Versicherten

Versicherte leisten in der Regel für jeden Tag der stationären Behandlung eine Zuzahlung. Der Versicherte erhält von uns nach der Rehabilitationsmaßnahme einen Zuzahlungsbescheid über die Zuzahlungsforderung. Die Zuzahlung ist immer direkt an die DRV Baden-Württemberg zu entrichten.

Bezieht der Rehabilitand Übergangsgeld, ist keine Zuzahlung zu leisten.

13. Schweigepflicht und Sozialdatenschutz

13.1 Grundsätzliches

Der verantwortliche Leiter der Reha-Einrichtung und dessen Personal unterliegen der persönlichen Schweigepflicht i. S. der zivilrechtlichen und strafrechtlichen Bestimmungen auch hinsichtlich der von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zugewiesenen Rehabilitanden. Dies gilt insbesondere für Geheimnisse, die in Ausübung der beruflichen Tätigkeiten aus Angaben oder Untersuchungen des Rehabilitanden oder aus ärztlichen Unterlagen bekannt werden, und zwar unabhängig davon, ob sie von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg bei der Belegung als sog. Sozialdaten übermittelt oder ob sie erst in der Rehaklinik neu erhoben worden sind. Wir bitten Sie außerdem, die nachfolgenden Hinweise zur Wahrung des Sozialgeheimnisses unbedingt zu beachten.

13.2 § 35 SGB I – Wahrung des Sozialgeheimnisses

Zur Wahrung des Sozialgeheimnisses gehört für die Deutsche Rentenversicherung u. a. die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden. Sie besteht auch für den eigenen Bereich des Empfängers von Sozialdaten (§ 78 SGB X).

13.2.1 § 67 Abs. 1 SGB X – Sozialdaten

Sozialdaten sind alle Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse, die von einer in § 35 des SGB I genannten Stelle erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (z. B. Name, Geburtstag, Wohnanschrift, Beruf, gesundheitliche, familiäre und wirtschaftliche Verhältnisse).

13.2.2 § 78 SGB X – Zweckbindung und Geheimhaltungspflicht

a. Zweckbindung

Die Zweckbindung nach § 78 Abs. 1 Satz 1 SGB X bedeutet für die Rehaklinik und die dort beschäftigten Personen, dass sie verpflichtet sind, die ihr übermittelten Sozialdaten zu keinem anderen Zweck als zur Durchführung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zu verwenden.

b. Geheimhaltung

Der verantwortliche Leiter der Reha-Einrichtung ist verpflichtet, die Sozialdaten in demselben Umfang wie die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg als Leistungsträger im Sinne von § 35 SGB I geheim zu halten. Er ist somit verpflichtet, mit angemessenen baulichen, technischen und organisatorischen Vorkehrungen zu verhindern, dass von unbefugten Personen Sozialdaten eingesehen, sie zweckwidrig verwendet oder an Dritte übermittelt oder mündlich bekanntgegeben werden.

13.3 Behandlung von Übermittlungsersuchen dritter Personen oder Stellen bei Sozialdaten

13.3.1 Grundsätzliches

Eine Übermittlung von Sozialdaten ist nur zulässig, soweit eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach den §§ 68 – 77 SGB X oder nach einer anderen Rechts-

vorschrift im Sozialgesetzbuch vorliegt (Übermittlungsverbot mit Erlaubnisvorbehalt im Sozialgesetzbuch).

13.3.2 § 67 b Abs. 1 und 2 SGB X – Schriftliche Einwilligungserklärung des Versicherten

Die ersuchende Stelle muss eine schriftliche Einwilligung des Versicherten vorlegen. Dies begründet jedoch eine Übermittlungsbefugnis nur dann, wenn die Voraussetzungen nach § 67 b Abs. 2 SGB X erfüllt sind:

- die Einwilligungserklärung muss vom Versicherten unterhalb des Erklärungstextes mit Datum unterschrieben sein und in einem zeitlichen Zusammenhang mit der beantragten Datenübermittlung stehen,
- sie muss, wenn sie innerhalb eines Textes mit anderweitigen Erklärungen erscheint, als eigenständige Erklärung – z. B. durch Fettdruck – hervorgehoben sein,
- der Betroffene muss konkret auf den Zweck der von der ersuchenden Stelle vorgesehenen Verarbeitung oder Nutzung der Sozialdaten und auf die Folge der Verweigerung seiner Einwilligung, d. h. gegebenenfalls auf deren Freiwilligkeit hingewiesen werden; pauschale Erklärungen sind rechtlich unwirksam.

Hinweis:

Bei Zweifel an der Wirksamkeit der Einwilligung ist die ersuchende Stelle an die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (ggf. an den dortigen Datenschutzbeauftragten) zu verweisen.

13.4 Behandlung der Anfragen von externen Ärzten und anderen Sozialversicherungsträgern

Anfragen von externen Ärzten dürfen nur beantwortet werden, wenn der Betroffene im Einzelfall schriftlich eingewilligt hat. Auch soweit ein behandelnder Arzt über den Entlassungsbericht hinaus Untersuchungsbefunde wünscht, muss der Betroffene im Einzelfall schriftlich eingewilligt haben.

Andere Sozialleistungsträger verweisen Sie bitte an die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (ggf. an den dortigen Datenschutzbeauftragten).

13.5 Belehrung der Mitarbeiter in der Reha-Einrichtung

Nach § 78 Abs. 2 SGB X sind die Beschäftigten, welche die übermittelten Sozialdaten empfangen oder nutzen, von der Reha-Einrichtung rechtzeitig auf die Einhaltung der Pflichten zur Zweckbindung und zur Geheimhaltung nach § 78 Abs. 1 SGB X hinzuweisen. Der verantwortliche Leiter der Rehaklinik ist zur Belehrung des Arzt-, Pflege-, Verwaltungs- und Hilfspersonals über den Inhalt der vorab genannten Datenschutzvorschriften gegen Unterschrift verpflichtet.

In diesem Zusammenhang weisen wir auf die zum Schutz der Sozialdaten bestehende Bußgeldvorschrift des § 85 SGB X sowie auf die Strafvorschrift des § 85 a SGB X hin.