



# Klinikhinweise

der Deutschen Rentenversicherung

Baden-Württemberg

für die Durchführung von stationären

Leistungen zur medizinischen

Rehabilitation



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorbemerkungen .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Aufnahme.....</b>	<b>5</b>
1.1 Aufnahme der versicherten Person.....	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
<b>2 Reisekosten .....</b>	<b>7</b>
2.1 Reisekosten bei medizinischer Rehabilitation .....	7
2.1.1 Reisekostengutscheine von 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 .....	8
2.1.4 Anreise mit einem Kraftfahrzeug .....	8
2.1.5 Taxibenutzung .....	8
2.1.6 Reisekosten für Begleitpersonen .....	8
2.1.7 Fahrkosten bei Anschlussrehabilitation, Kinderrehabilitation und Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen.....	9
<b>3 Verpflegungskosten .....</b>	<b>9</b>
3.1 Verpflegungsgeld für die Reisetage anlässlich der Aufnahme und Entlassung – auch bei Familienheimfahrten .....	9
3.2 Auszahlung des Verpflegungsgeldes.....	10
3.3 Übernachtungskosten.....	10
<b>4 Beurlaubung und Verlegung in ein Akutkrankenhaus.....</b>	<b>10</b>
4.1 Familienheimfahrten/Beurlaubung aus zwingenden Gründen .....	10
4.2 Verlegung bei interkurrenter Erkrankung in ein Akutkrankenhaus.....	12
<b>5 Veränderung der Verweildauer.....</b>	<b>12</b>
5.1 Verlängerung der Verweildauer .....	12
5.2 Verkürzung der Verweildauer .....	13
<b>6 Telefonische Unterrichtung .....</b>	<b>13</b>
6.1 Besondere Vorkommnisse.....	13
<b>7 Entlassungsverfahren.....</b>	<b>14</b>
7.1 Übersendung der Entlassungsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Baden- Württemberg .....	14
7.2 Vorzeitige Entlassung oder Abbruch.....	14
7.3 Disziplinarische Entlassung .....	14
7.4 Übersendung der Entlassungsmitteilung an die gesetzliche Krankenkasse .....	14
<b>8 Erstellung und Versendung der Entlassungsberichte.....</b>	<b>15</b>
8.1 Ausfüllhinweise zum Entlassungsbericht .....	15



8.2	Reha-Abbruch bei kurzen Reha-Aufenthalten.....	15
8.3	Weiterleitung der ärztlichen Entlassungsberichte an die gesetzlichen Krankenkassen oder an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) .....	16
8.4	Rückgabe von Unterlagen .....	16
8.5	Empfehlungen der Reha-Einrichtungen im Entlassungsbericht.....	17
8.5.1	Stufenweise Wiedereingliederung .....	17
8.5.2	Rehabilitationssport und Funktionstraining.....	17
8.5.3	Leistungen zur Nachsorge .....	18
<b>9</b>	<b>Abrechnung der Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme .....</b>	<b>19</b>
9.1	Teilnahme am DFÜ-Verfahren.....	19
9.1.1	Abrechnung der Pflegekosten .....	19
9.1.2	Abrechnung anderer Sachkosten und Nebenkosten .....	19
9.2	Abrechnung in Papierform .....	19
9.2.1	Abrechnung von Fahrkosten und Verpflegungskosten .....	19
9.2.2	Abrechnung von Pflegekosten und anderen Sachkosten .....	19
<b>10</b>	<b>Unfallversicherung für Rehabilitanden .....</b>	<b>20</b>
<b>11</b>	<b>Dekadenmeldung der DRV Bund.....</b>	<b>21</b>
<b>12</b>	<b>Zuzahlung der Versicherten .....</b>	<b>21</b>
<b>13</b>	<b>Schweigepflicht und Sozialdatenschutz.....</b>	<b>21</b>
13.1	Grundsätzliches .....	21
13.2	§ 35 SGB I – Wahrung des Sozialgeheimnisses.....	22
13.2.1	§ 67 Abs. 1 SGB X – Sozialdaten .....	22
13.2.2	§ 78 SGB X – Zweckbindung und Geheimhaltungspflicht .....	22
13.3	Behandlung von Übermittlungersuchen dritter Personen oder Stellen bei Sozialdaten .....	22
13.3.1	Grundsätzliches .....	22
13.3.2	§ 67b Abs. 1 und 2 SGB X – Schriftliche Einwilligungserklärung des Versicherten ...	22
13.4	Behandlung der Anfragen von externen Ärzten und anderen Sozialversicherungsträgern .....	23
13.5	Belehrung der Mitarbeiter in der Reha-Einrichtung .....	23



## **Vorbemerkungen**

Sehr geehrte Mitarbeitende 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 Personen zu gewährleisten wurden die neuesten Hinweise zur Durchführung der medizinischen Rehabilitation in [blauer Schriftfarbe](#) aktualisiert.

Bei Rückfragen im konkreten Einzelfall wenden Sie sich bitte an die zuständige Reha-Sachbearbeitung. 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 der versicherten Person

Den Aufnahmetermin teilen Sie der versicherten Person bitte zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit. Achten Sie dabei bitte darauf, dass die betreute Person mindestens 15 Werktage vor Beginn der Reha-Maßnahme vom Aufnahmetermin Kenntnis erhält.

AHB-Patienten erhalten den Aufnahmetermin in der Regel bereits im Akuthaus vom Kliniksozialdienst mitgeteilt. Bitte setzen Sie sich bzgl. des Aufnahmetermins direkt mit den versicherten Personen in Verbindung, ggf. auch telefonisch.

## 1.2 Verschiebung des Aufnahmetermins

Sollte eine arbeitsfähige versicherte Person mit der Bitte an Sie herantreten, den Aufnahmetermin zu verschieben, so lehnen Sie dieses Ansinnen nicht kategorisch ab. Insbesondere wenn die versicherte Person schlüssige Gründe vorgibt, die die Neufestsetzung eines Aufnahmetermins angezeigt erscheinen lassen, sollte diesem Wunsch entsprochen werden.

Von einer Verschiebung des Aufnahmetages - insbesondere bei Anschlussrehabilitationen – über die Oster- bzw. Weihnachtsfeiertage sollte abgesehen werden. In diesen Fällen verweisen Sie die versicherten Personen bitte an uns.

Eine Verschiebung über den Gültigkeitszeitraum der Kostenzusage von 6 Monaten 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 Gültigkeit weiterhin schriftlich. Von uns erhalten Sie einen entsprechenden Antwortdatensatz – dieser muss in Ihrer Patientenverwaltung einlesbar sein. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Durchführungsdaten später verarbeitet werden können, da die Datenannahme und -verteilstelle (DAV) aus datenschutzrechtlichen 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 Rentenversicherungsträgers durchgeführt werden, z. B. aufgrund von Anregungen aus dem Rentenverfahren oder im Hinblick auf mögliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.



- Rehabilitationsleistungen, die auf Veranlassung einer Krankenkasse, des Jobcenters oder der Agentur für Arbeit beantragt und bewilligt worden sind (§§ 51 Abs. 1 SGB V, 5 Abs. 3 SGB II, 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 (vgl. Datenübermittlungsrahmenvereinbarung).

#### **Wichtig:**

Die Aufnahmemitteilung darf erst dann versandt bzw. die Daten dürfen erst dann übermittelt werden, wenn die versicherte Person die Maßnahme tatsächlich 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.

Seit dem 01.09.2024 werden die Aufnahmemitteilungen bei Erwerbstätigen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation an die Krankenkassen über das sog. Mitteilungsverfahren (MTVV) als §301XML-Datensatz versendet. Die Krankenkassen senden für die Fälle, in denen sie Unterlagen von den Einrichtungen benötigen, den Geschäftsvorfall "Anforderung Mitteilungsverfahren" (Nachrichtentyp 51). Nur in diesen Fällen ist den Krankenkassen auf elektronischem Weg die Aufnahmemitteilung zuzuleiten. In der Regel handelt es sich um Versicherte mit Krankengeldanspruch.

Für sonstigen Leistungen, zum Beispiel Präventionsleistungen, Leistungen zu onkologischen Rehabilitation nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI, sollen weiterhin die Papiermeldungen an die Krankenkassen erstellt werden.



## 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 von 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 den 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 den 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 von DB Dialog sind Aufwendungen, die den Rehabilitanden für sonstige Zufahrtskosten zum Heimatbahnhof bzw. vom Zielbahnhof in die Rehabilitationseinrichtung entstehen. Diese Kosten bitten wir an die versicherten Personen auszus zahlen. Lassen Sie sich die entsprechende Fahrkarte vorlegen. Zahlen Sie bitte aus Gründen der Vereinfachung gleich nach der Anfahrt sowohl die Anfahrtskosten 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 Personen mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen. Vor einer Auszahlung ist auch hier anhand der Sammelliste von 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 der 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 Rückfahrt 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-) Kraft-  
rad). 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.

### 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**

Nutzen Rehabilitanden 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 Verdienstausschlag 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 der Patienten zu übermitteln.

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

Die Anreise in diesen Fällen erfolgt in der Regel mit dem Pkw und mit Begleitperson. Unseren Kostenzusagen sind daher keine Reisekostengutscheine von DB Dialog beigelegt. Anlässlich solcher Leistungen können von Rehabilitanden keine Reiseunterlagen angefordert werden. Bei der 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 der An- oder Abreise haben versicherte Personen einen Anspruch auf Verpflegungsgeld, wenn die unvermeidbare Reisedauer vom Wohnort/Aufenthaltort mehr als 8 Stunden beträgt. Maßgebend ist die Abwesenheit an einem Kalendertag.

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 Übernachtungskosten, ist vom Verpflegungsgeld ein Betrag von 5,60 EUR (= 20 Prozent des Tagesgeldes für 1 vollen Kalendertag) einzubehalten. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Zwischenübernachtung in einem Hotel notwendig ist und das Frühstück in den Übernachtungskosten enthalten ist.



Zu unterscheiden ist zwischen der Verpflegung als Bestandteil der Reise und der Verpflegung als Bestandteil der Leistung. Die Anreise endet mit Ankunft in der Reha-Einrichtung und die Abreise beginnt erst mit Verlassen der Reha-Einrichtung.

Mahlzeiten, die vor Beginn oder nach Ende der Reise von der Reha-Einrichtung gestellt werden (zum Beispiel das Abendessen am Anreisetag beziehungsweise das Frühstück/Lunchpaket am Abreisetag) sind nicht auf das Verpflegungsgeld anzurechnen.

### *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 Übernachtungskosten

Soweit eine Übernachtung notwendig ist, weil die Fahrt zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtung nicht an einem Tag zurückgelegt werden kann, steht der versicherten Person 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 die versicherten Personen auszubezahlen. [Können versicherte Personen belegen, dass Ihnen höhere Kosten als der Pauschalbetrag \(20,00 EUR\) abdeckt, entstanden sind, können auf deren Antrag hin darüberhinausgehende Kosten erstattet werden. Hierüber entscheidet die Sachbearbeitung im Einzelfall.](#)

## **4 Beurlaubung und Verlegung in ein Akutkrankenhaus**

### 4.1 Familienheimfahrten/Beurlaubung aus zwingenden Gründen

- Bei stationären Leistungen zur Rehabilitation, 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 Adaptionenmaßnahme 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 Regelung:

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 Aufnahmetermine 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 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 die versicherte Person vom Krankenhaus zu Ihnen zurückverlegt werden, nehmen wir ab dem Rückverlegungstag die Zahlung des Pflegesatzes wieder auf.

Die versicherte Person erhält ebenso erst ab dem Rückverlegungstag wieder Übergangsgeld (in der Zwischenzeit erhält sie ggf. Krankengeld).

Die Leistung kann nach Ende der Erkrankung grundsätzlich fortgesetzt werden, wenn dies als medizinisch sinnvoll erachtet wird. Die Dauer der Unterbrechung soll 14 Tage nicht überschreiten. Andernfalls ist die Leistung ab dem ersten Tag der Unterbrechung zu beenden.

Im Falle eines Kostenträgerwechsels teilen wir Ihnen mit, ab welchem Zeitpunkt der neue zuständige Kostenträger den Pflegesatz übernimmt.

Wir bitten zu beachten, dass in den Unterbrechungsmeldungen als Beginndatum der Verlegungstag und als Enddatum der Tag vor der Rückverlegung gemeldet wird.

Im DFÜ-Verfahren ist der Beginn der Unterbrechung unverzüglich elektronisch anzuzeigen. Hier kann eine offene Unterbrechungsmeldung erfolgen. Sobald Patienten wiederaufgenommen werden, ist uns das Enddatum oder der komplette Zeitraum der Unterbrechung zu melden.

Im Rahmen des Mitteilungsverfahrens erhalten die Krankenkassen für die relevanten Fälle von Ihnen künftig ebenfalls die Unterbrechungsdatensätze.

**Hinweis: Beurlaubungen bzw. Verlegungen bei interkurrenten Erkrankungen sind im Entlassungsbericht unter Angabe der Gründe zu dokumentieren.**

## 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.



Unterbrechungen (z. B. wegen Krankheit, Feier- oder entschuldigte Fehltage) – führen insofern nicht zwingend zu einer Verlängerung der Leistung um die ausgefallenen Therapietage.

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

Im Rahmen des Mitteilungsverfahrens werden für die relevanten Fälle nun auch die Verlängerungsanzeigen an die Krankenkassen übermittelt.

### **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, sind die Patienten 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 die versicherte Person rechtzeitig ggf. ihr 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, die Entlassungsmitteilung sorgfältig und vollständig auszufüllen.

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

### 7.2 Vorzeitige Entlassung [oder Abbruch](#)

Zur Vermeidung einer Übergangsgeldüberzahlung ist es erforderlich, dass **vorzeitige Entlassungen [oder der Abbruch von Leistungen](#)** von Ihnen am Entlassungstag telefonisch der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg bzw. dem zuständigen Regionalzentrum oder Fachbereich bekannt gegeben werden.

Bei Teilnahme an der DFÜ ist die elektronische Meldung ausreichend, wenn diese unverzüglich erfolgt.

### 7.3 Disziplinarische Entlassung

Verstößt eine versicherte Person gegen die Hausordnung oder seine Mitwirkungspflichten, so sind Sie berechtigt, die versicherte Person 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 bekannt gegeben wird.

Bei Teilnahme an der DFÜ ist die elektronische Meldung ausreichend, wenn diese unverzüglich erfolgt.

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 Entlassungsmitteilung 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 Entlassungsmitteilung verwendet werden, wenn sie inhaltlich dem G8400 entsprechen.

Im Rahmen des Mitteilungsverfahrens werden für die relevanten Fälle die Entlassungsmitteilungen elektronisch an die Krankenkassen übermittelt.

### 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 Reha-Abbruch bei kurzen Reha-Aufenthalten

Wird die Reha vorzeitig nach einem sehr kurzen Aufenthalt von weniger als drei Tagen abgebrochen – aus medizinisch- oder nicht medizinisch-indizierten Gründen – ist die Anfertigung eines ausführlichen Entlassungsberichts nicht erforderlich. Es genügt einen Kurzentlassungsbericht mit Angaben der relevanten Informationen (kalendarische Daten des Aufenthalts, Diagnosen, Entlassungsform etc.) anzufertigen, in welchem der Grund für den Reha-Abbruch ausführlich erläutert wird.

Sobald unter Einbindung einer Fachärztin oder eines Facharztes eine medizinische Untersuchung stattgefunden hat, welche innerhalb der ersten drei Tage nach Reha-Aufnahme erfolgen muss, ist auch eine Leistungsbeurteilung abzugeben. Soweit keine gravierenden medizinischen Sachverhalte dagegensprechen, sollte von einem positiven Reha-Verlauf ausgegangen werden und das quantitative Leistungsvermögen mit „6 Stunden und mehr“ beurteilt werden.

Wenn die Erstuntersuchung von einem Nicht-Facharzt oder eine Nicht-Fachärztin durchgeführt wird, darf keine Leistungsbeurteilung abgegeben werden.



### 8.3 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 der versicherten Person 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 der versicherten Person 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 die versicherte Person 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 der versicherten Person auf Anforderung an den MDK weitergegeben werden. Dabei reicht es aus, wenn der MDK mit seiner Anforderung schriftlich bestätigt, dass eine entsprechende Einwilligungserklärung der versicherten Person 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 Entlassungsberichtes an den MDK darf ausschließlich mit dem Weiterleitungsbogen vorgenommen werden.

##### ➤ Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Der vollständige Entlassungsbericht darf mit der Einwilligung der versicherten Person an die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt weitergegeben werden. Wir bitten Sie, dazu den Vordruck G0820 (bzw. G0822 für Kinderrehabilitation) an die versicherte Person auszuhändigen. Wurde ein Befundbericht für die Rehabilitationsleistung von einem Betriebsarzt erstellt, sollte der Entlassungsbericht auch an diesen übersandt werden. Bitte weisen Sie die Rehabilitanden darauf hin, dass auf dem Vordruck G0820 auch mehrere Ärzte angegeben werden können, an die der Entlassungsbericht weitergegeben werden soll.

### 8.4 Rückgabe von Unterlagen

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





## 8.5 Empfehlungen der Reha-Einrichtungen im Entlassungsbericht

### 8.5.1 *Stufenweise Wiedereingliederung*

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

Bitte übermitteln Sie dazu immer spätestens am Entlassungstag für jedes Beschäftigungsverhältnis maschinell den Geschäftsvorfall „Checkliste SWE“ im Mitteilungsverfahren DT301 XML sowohl an den Rentenversicherungsträger als auch an die zuständige Krankenkasse.

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](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 der versicherten Person, seiner/seines behandelnden Ärztin/Arztes sowie des Arbeitgebers folgende Unterlagen aus:

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

Erläutern Sie der versicherten Person 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. die versicherte Person auf dem Formular G0832.

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

### 8.5.2 *Rehabilitationssport und Funktionstraining*

Zur Sicherung und Stabilisierung des Rehabilitationserfolges ermöglicht das SGB IX die Verordnung von nachgehenden Leistungen. Die Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktions-



training (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.**

### 8.5.3 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 intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA), eine psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA) oder eine trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA) erbracht werden.

Die Nachsorgeprogramme können **nicht** von versicherten Personen in Anspruch genommen werden, die

- mit einer Leistungsfähigkeit von unter 3 Stunden pro Tag aus der medizinischen Rehabilitation entlassen wurden
- eine Rente wegen Alters beziehen oder beantragt haben
- eine Teilrente wegen Alters von wenigstens 2/3 der Vollrente beziehen.

**Im Falle einer Verordnung von Leistungen zur Nachsorge händigen Sie den Patienten unbedingt das Informationsblatt G4803 aus.**

In Fällen, in denen Sie einen Reha-Nachsorgebedarf feststellen, klären Sie bitte mit der versicherten Person 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 6 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.nachder-reha.de](http://www.nachder-reha.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 kann die gleichzeitige Verordnung von Rehabilitationssport in Form einer Herzsportgruppe sinnvoll sein. 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 unterschiedene 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 erfolgt frühestens mit Eingang der Entlassungsmitteilung. Der Rentenversicherungsträger behält sich vor, nach Eingang des vollständigen Entlassungsberichts ggf. zu Unrecht gezahlte Pflegekosten zurückzufordern (z.B. wegen Unterbrechungszeiten).

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 Pflegezeitag 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. Belastungserprobungen) stehen im Rechnungsdatensatz eigene Kostenarten zur Verfügung. Die Rechnungsdaten sind uns als Nebenkosten unter der Versicherungsnummer der Patienten zu übermitteln.

Das Rechnungsdokument muss dem Datensatz bei der DRV Baden-Württemberg nicht als pdf-Anhang beigelegt 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, Pflegezeit, täglicher 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 919333](tel:07141919333)  
Telefax: 07141 902 319.*

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!**

Zudem besteht **kein Unfallversicherungsschutz** bei **Leistungen zur Nachsorge**. Sofern Nachsorgeanbieter keine Unfallversicherung für Nachsorge-Teilnehmende abgeschlossen hat, sind die versicherten Personen hierauf hinzuweisen.

Für Leistungen zu Prävention besteht ein Unfallversicherungsschutz für die versicherte Person.



## 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 E-Mail-basierte Dekadenmeldeverfahren gilt für sämtliche Indikationen. Ausgenommen bleiben zunächst die Kinderrehabilitation und die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.

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

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen\\_dokumentationshilfen.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen_dokumentationshilfen.html)

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 der Versicherten

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

Beziehen Rehabilitanden Übergangsgeld, ist für diese Tage keine Zuzahlung zu leisten.

## 13 Schweigepflicht und Sozialdatenschutz

### 13.1 Grundsätzliches

Die verantwortliche Leitung der Reha-Einrichtung und deren 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 der 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

Die verantwortliche Leitung 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. Sie 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 Übermittlungersuchen 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 Rechtsvorschrift im Sozialgesetzbuch vorliegt (Übermittlungsverbot mit Erlaubnisvorbehalt im Sozialgesetzbuch).

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

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



- die Einwilligungserklärung muss von der versicherten Person 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,
- die betroffene Person 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 die/den dortigen Datenschutzbeauftragte/n) 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/e behandelnde/r Ärztin/Arzt über den Entlassungsbericht hinaus Untersuchungsbefunde wünscht, muss die betroffene Person 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. Die verantwortliche Leitung 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 § 85a SGB X hin.