

Durchführungshinweise
zur Übermittlung von Daten
zwischen
den Krankenhäusern und den gesetzlichen Krankenkassen
im Rahmen der Anschlussrehabilitation
nach § 301 Abs. 3 SGB V
gültig ab 01.04.2023

Inhaltsverzeichnis

1	Hinweise zur Datenübermittlung.....	3
1.1	Allgemeine Hinweise:.....	3
1.2	Vorgehen bei Versionswechsel:	3
2	Hinweise zu besonderen Sachverhalten.....	3
2.1	Angaben zu den Alltagsrelevanten Beeinträchtigungen (SINGER Patientenprofil)	3
2.2	Krankenkasse ist für den AR-Antrag nicht der zuständige Rehabilitationsträger	4

1 Hinweise zur Datenübermittlung

Das Datenübermittlungsverfahren beginnt zum vereinbarten Stichtag bei neuen Behandlungsfällen mit der Initialmeldung (Antrag).

Behandlungsfälle, deren Beantragung vor Beginn des elektronischen Übermittlungsverfahrens liegen, werden im Allgemeinen mit dem bis zum Stichtag vereinbarten Verfahren (z. B. Antwort per Fax) zu Ende geführt.

1.1 Allgemeine Hinweise:

- Um eine durchgehend hohe Datenqualität zu erreichen und die Anwendung des Fehlerverfahrens so weit wie möglich zu reduzieren, finden die in der Technischen Anlage beschriebenen Prüfungen (Abschnitt 5.1 und 6.7) nicht erst beim Empfänger eines Datensatzes statt, sondern werden bereits vom Ersteller der Datei vor deren Übermittlung durchgeführt. Fehlerhafte Datensätze sollen nicht übermittelt werden.
- Jeder Datensatz wird eindeutig durch eine Datei-ID in Form einer UUID identifiziert. Eine einmal vergebene Datei-ID darf nicht nochmals für einen anderen Datensatz verwendet werden. Dies gilt auch für die Datei-ID eines Datensatzes, der storniert wurde.

1.2 Vorgehen bei Versionswechsel:

Das Krankenhaus setzt mit der Erstellung des Geschäftsvorfalles AR-Antrag das Versionierungsdatum; d.h. alle zukünftigen Nachrichten zu diesem Fall werden mit den Datenstrukturen ausgetauscht, die am Tag der Initialmeldung gültig waren.

2 Hinweise zu besonderen Sachverhalten

2.1 Angaben zu den Alltagsrelevanten Beeinträchtigungen (SINGER Patientenprofil)

Die Papierversion des Ärztlichen Befundberichtes sieht ein begrenzt ausfüllbares PDF-Dokument vor. Dieses ist im Abschnitt II.4. (alltagsrelevante Beeinträchtigungen) regelhaft so „vorbelegt“, dass das jeweilige ITEM (ICF-Domäne) selbständig ohne Hilfsmittel durchführbar ist, d.h. keine Beeinträchtigung besteht (Punktzahl 5). Insofern ist vom ärztlichen Personal nur dann eine Angabe vorzunehmen, wenn eine Beeinträchtigung droht oder besteht. Der Punktwert des jeweiligen ITEMS sowie der Gesamtscore reduzieren sich im PDF-Dokument automatisch. Soweit möglich sollte dies bei der Programmierung innerhalb der Krankenhausinformationssysteme berücksichtigt werden, um unnötige Aufwände zu vermeiden.

2.2 Krankenkasse ist für den AR–Antrag nicht der zuständige Rehabilitationsträger

Stellt die Krankenkasse fest, dass sie nicht der zuständige Rehabilitationsträger ist, druckt sie die Antragsdaten sowie den ärztlichen Befundbericht aus, und leitet die Unterlagen gemäß den gesetzlichen Vorgaben und Fristen außerhalb dieses Datenaustauschverfahrens an den zuständigen Rehabilitationsträger (z.B. Rentenversicherung) weiter. Die Krankenkasse sendet in diesen Fällen außerdem eine Antwort–Nachricht mit Antwortkennzeichen „4“ an das Krankenhaus.

In den Fällen, bei denen der Krankenkasse zum AR–Antrag keine Versichertendaten in ihrem Bestandssystem vorliegen, da der Versicherte zu keinem Zeitpunkt bei der Krankenkasse versichert war, ist die Übertragungsdatei zurückzuweisen. Der AR–Antrag einschließlich dem Ärztlichen Befundbericht sind außerhalb des DA mittels Stylesheet–Ausdruck an die Krankenkasse zu übermitteln. Diese ermittelt den zuständigen Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkasse oder Rentenversicherung) und leitet die Unterlagen gemäß den gesetzlichen Vorgaben und Fristen außerhalb dieses Datenaustauschverfahrens weiter. Eine Antwort–Nachricht mit Antwortkennzeichen „4“ an das Krankenhaus entfällt in diesen Fällen.