

1. Wie gehen Krankenkassen mit Nachrichten der Rentenversicherungsträger um, wenn ihnen die Person aus der Nachricht nicht bekannt ist?

Wie sind Nachrichten krankenkassenseitig zu verarbeiten, wenn die annehmende Krankenkasse nicht der richtige Adressat ist?

Immer wenn die Person in einem Geschäftsvorfall nicht identifiziert werden kann, muss eine Fehlermeldung von der Krankenkasse an den Rentenversicherungsträger zurückgemeldet werden (Fehlercode 02000 mit aussagefähigem Fehlertext).

Dadurch verbleiben keine unzulässigen Sozialdaten Daten im Bestand der Krankenkasse. Stand Mai 2023 gibt es keinen spezifischen Fehlercode für diesen Sachverhalt. Eine Aufnahme eines entsprechenden Fehlercodes soll im Juni 2023 diskutiert und ggf. beschlossen werden.

2. Wie gehen Krankenkassen mit einer Anfrage zu einem AUD–Beleg um, zu dem bei dem Versicherten in den letzten 3 Jahren kein Versicherungsverhältnis bestand?

Eine aktuell nicht mehr zuständige Krankenkasse meldet nur Fehlermeldungen auf Geschäftsvorfälle des Mitteilungsverfahrens zurück. Dies gilt auch für die Anforderung des AUD–Belegs. Dieser Geschäftsvorfall ist von der neu zuständigen Krankenkasse zu beantworten. Diese erhält die Arbeitsunfähigkeits–, Krankenhaus– und Reha–Zeiträume im Rahmen der Abschlussmeldung der bisherigen Krankenkasse über den Datenaustausch bei Krankenkassenwechsel und kann sie daher auch gegenüber dem anfragenden Rentenversicherungsträger melden.

3. Wie geht die bisher zuständige Krankenkasse damit um, wenn sie nach dem Krankenkassenwechsel eines Versicherten weiterhin Geschäftsvorfälle des Mitteilungsverfahrens erhält?

Wenn die Krankenkasse zum Zeitpunkt der Anforderung des AUD–Beleges nicht mehr die zuständige Krankenkasse ist, antwortet sie mit einer Fehlermeldung. Auch wenn andere eingehende Geschäftsvorfälle nicht mehr die Zeit der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse betreffen, sind sie mit einer Fehlermeldung abzuweisen (Beispiel: Ende Mitgliedschaft 31.03.; Variante 1: Eingang Aufnahmemitteilung am 03.04. zum 31.03. > Geschäftsvorfall ist anzunehmen und zu verarbeiten; Variante 2: Eingang Aufnahmemitteilung am 03.04. zum 01.04. > Geschäftsvorfall ist mit Fehlermeldung abzuweisen).

4. Wie erfährt der Rentenversicherungsträger oder die Rehabilitationseinrichtung welches die neu zuständige Krankenkasse ist?

Der Rentenversicherungsträger oder die Rehabilitationseinrichtung müssen bestenfalls direkt über den Rehabilitanden klären wo er neu krankenversichert ist. Wir können uns allerdings vorstellen, dass es auf Seiten der neuen Krankenkasse zu Schwierigkeiten führt, wenn der Wechsel im Laufe der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt und sie nur eine Entlassungsmeldung erhält. In einem solchen (gewiss nicht sehr häufigen) Fall müssen krankenkassenintern individuelle Lösungen im Austausch mit dem Versicherten, der Rehabilitationseinrichtung und/oder den Rentenversicherungsträger gefunden werden.

5. Im RV–Strang der Bewilligung gibt es bereits länger das Kennzeichen Eilfall mit der Ausprägung J / N. In der Nachricht „Ergänzung vor Rehabeginn“ und in der neuen Nachricht „Anforderung Mitteilungsverfahren“ gibt es das Kennzeichen auch, allerdings mit der Ausprägung leer, 1 oder 2. Soll leer als „N“ und 1 und 2 als „J“ interpretiert werden? Ist es in der Bewilligung vergessen worden die Ausprägung 1

und 2 zu integrieren? Ist die Ausprägung 1 und 2 in der Bewilligung noch nicht relevant?

Die Interpretation ist korrekt, „1“ und „2“ bedeuten Eilfall. Eine Unterscheidung war aus fachlichen Gründen erforderlich gewesen. Wenn die Krankenkasse bei einem Rehabilitationsfall der Rentenversicherung der Reha-Einrichtung einen Eilfall mitteilt, soll entsprechend der Verfahrensbeschreibung klar hervorgehen, auf welcher Basis die Krankenkasse den Eilfall begründet und ob das Dispositionsrecht eingeschränkt wurde. Eine unterschiedliche Ausprägung in der „Bewilligung“ und dem Geschäftsvorfall „Anforderung“ ist allerdings nicht konsistent. Dieser Punkt wird für eine nächste Überarbeitung entsprechend vorgemerkt.

6. Wie soll die Zuordnung des DRV-Falles bei der Krankenkasse funktionieren? DRV und Krankenkasse schicken in Ihren Nachrichten unterschiedliche identifizierende Merkmale.

Die Versicherungsnummer (VSNR) der RV ist auch Richtung Krankenkasse einheitliches Ordnungsmerkmal (Pflichtfeld in Zeile 14 Spalte „Anzahl Klinik <> GKV“ der Kopfdaten), weshalb hier keine Probleme auftreten sollten.

7. Woher bekommen die Reha-Einrichtungen die IK-Nummer der Krankenkasse um die Duplikate der vereinbarten Nachrichten zu versenden?

Die Reha-Einrichtungen übermitteln die Duplikate erst dann, wenn die Krankenkasse die Daten mit dem Geschäftsvorfall „Anforderung Mitteilungsverfahren“ abgefordert haben, dadurch liegen die Adressierungsdaten regelhaft bei den Rehakliniken vor.

8. Inwieweit müssen die Kliniken ab dem 01.10.2023 bereit sein an dem Mitteilungsverfahren teilzunehmen?

In der Technischen Kommission am 19.06.2023 wurde klargestellt, dass alle Geschäftsvorfälle die nicht das Mitteilungsverfahren betreffen ab 01.10.2023 in der neuen Version produktiv umgesetzt werden. Zu allen Geschäftsvorfällen die das Mitteilungsverfahren betreffen sollen vom 01.10.–31.03.2024 Testdatensätze möglichst zwischen allen Beteiligten ausgetauscht werden. Bei einem neuen Datenaustauschverfahren ist nicht auszuschließen, dass es bei einzelnen Akteuren zum Verfahrensstart nicht bzw. nicht reibungslos abläuft. Insofern sollte vor Produktivsetzung zum 01.04.2024 bereits möglichst flächendeckend getestet werden. Alles weitere wird aktuell in einer Testarbeitsgruppe besprochen.

9. Wieso muss nur die Nachricht „Anzeige einer Verlängerung“ an die GKV mittels des Mitteilungsverfahrens übertragen werden und nicht auch die Nachricht „Antrag auf Verlängerung des Aufenthaltes“?

ACHTUNG: Es ist zwischen dem Geschäftsvorfall „Anzeige einer Verlängerung“ und den Geschäftsvorfällen „Antrag auf Verlängerung des Aufenthaltes“ in Verbindung mit dem Geschäftsvorfall „Antwort zum Antrag auf Verlängerung des Aufenthaltes zu unterscheiden“! Für die Gewährung von Krankengeld ist ausschließlich die tatsächliche Verlängerung erforderlich, weil während des verlängerten Rehabilitationszeitraumes der Krankengeldanspruch ruht. Ein Antrag auf eine Verlängerung ist daher für die Krankenkassen nicht und im Datenaustausch nicht erforderlich. Sowohl die „Anzeige einer Verlängerung“ von der Reha-Einrichtung als auch die „Antwort zum Antrag auf Verlängerung des Aufenthaltes“ vom RV-Träger sind allerdings für die Krankenkassen aus den genannten Gründen erforderlich.

10. Sollen die Kopien der Nachrichten für die Krankenkassen die identischen Anhänge enthalten wie die Ursprungsnachricht an die DRV, oder reichen hier tatsächlich die Nachrichteninhalte aus?

Bei der Übermittlung der Duplikate sind keine Anhänge erforderlich. Die Nachrichteninhalte reichen also aus.

11. Im Original-Formular der DRV für die Checkliste (G0833) gibt es einen Passus "Einwilligungserklärung des Versicherten: Ich willige ein, dass diese Checkliste an meine Krankenkasse weitergeleitet wird....". Ist eine evtl. Nicht-Zustimmung zu ignorieren? Kann die Krankenkasse auf die Checkliste beharren? Was ist, wenn die Klinik keine Checkliste an die Krankenkasse verschickt?

In der Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung ist festgehalten, dass die Checkliste von der Rehabilitationseinrichtung spätestens am Entlasstag an die Krankenkasse und den Rentenversicherungsträger zu übermitteln ist. Ist der Versicherte mit der Weiterleitung nicht einverstanden, erhält die Krankenkasse die Checkliste unter Angabe des Entlasstages ohne inhaltliche Angaben unverzüglich von der Rehabilitationseinrichtung. Darüber hinaus ist es eine vertragliche Verpflichtung der Vertragsreha-Einrichtungen der Rentenversicherung, die erforderlichen Dokumente/Datensätze an die entsprechenden Stellen zu senden.

1. Sie schreiben in Antwort zur Frage 2: "Die VSNR der RV ist einheitliches Ordnungsmerkmal auch Richtung Krankenkasse (Pflichtfeld in Zeile 14 Spalte "Anzahl Klinik <> GKV" der Kopfdaten), weshalb hier keine Probleme auftreten sollten." Hier geht es aber um eine Nachricht (Anforderung Mitteilungsverfahren) der GKV an die Klinik! Oder ist mit dem Zeichen "<>" Hin und Rückweg gemeint?

Ja mit „<>“ sind in der Tat beide Datenflussrichtungen gemeint. Deutlicher wird ein Blick in das XML-Schema. Hier ist zu erkennen, dass auch für den Geschäftsvorfall „Anforderung_Mitteilungsverfahren“ die Angabe der „Versichertennummer“ in der „Fall_ID_RV“ ein obligatorisches Feld ist.

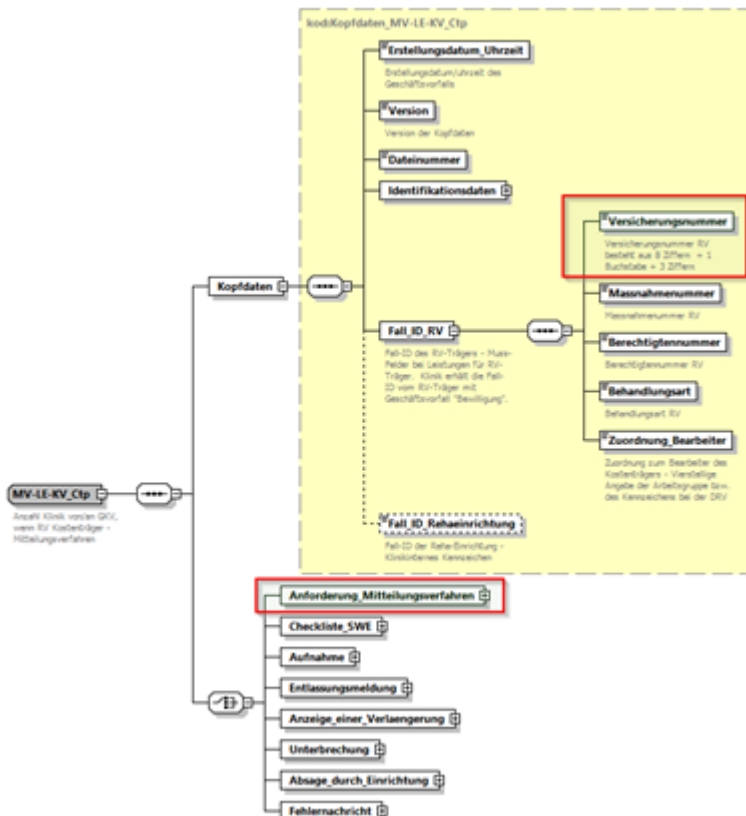


Abbildung 1

2. Sie schreiben in Antwort zur Frage 3: "Die Kliniken übermitteln die Duplikate erst dann, wenn die Krankenkasse die Daten mit der "Anforderung Mitteilungsverfahren" abgefordert haben, dadurch liegen die Adressierungsdaten regelhaft bei den Rehakliniken vor." Ich ging tatsächlich davon aus, dass wenn bereits über die Bewilligung oder Ergänzung vor Rehabeginn das Eilfallkennzeichen übermittelt wurde, die Kliniken die Duplikate sofort an die Kassen versenden sollen, also hier nicht auf die Anforderung warten müssen, bzw. diese Nachricht von der Krankenkasse gar nicht unbedingt kommt. Also ist der Auslöser, die Duplikate der Nachrichten zu senden, IMMER die "Anforderung Mitteilungsverfahren" der Kasse? Vorher darf die Rehaklinik an die Kasse gar nichts versenden?

Diese Auslegung ist korrekt, Auslöser ist tatsächlich IMMER die „Anforderung Mitteilungsverfahren“ von der Kasse. So wurde es auch in der aktualisierten Fassung

§ 3a

Geschäftsvorfälle im Rahmen von § 301 Abs. 4a SGB V

- (1) Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung kann die Krankenkasse mit dem Geschäftsvorfall „Anforderung“ die Übermittlung der in Absatz 2 genannten Geschäftsvorfälle für Erwerbstätige mit einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V bei den Rehabilitationseinrichtungen gegebenenfalls mit Hinweisen zur Eilbedürftigkeit anfordern.
- (2) Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung für Erwerbstätige mit einem Anspruch auf Krankengeld übermittelt die Rehabilitationseinrichtung auf Anforderung nach Absatz 1 folgende Geschäftsvorfälle zusätzlich zur Übermittlung an die DRV auch an die Krankenkasse:
 - Absage durch Einrichtung
 - Aufnahme
 - Anzeige einer Verlängerung
 - Unterbrechung
 - Entlassungsmeldung
 - Checkliste (auf. inkl. Stufenplan zur Wiedereingliederung ohne hierzu vorlie-

Abbildung 2

der Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung in § 3a Abs. 2 formuliert