

Verfahrensbeschreibung zum Austausch zwischen Krankenkassen  
und Rentenversicherungsträgern zur Prüfung des Krankengeldan-  
spruchs bei medizinischen Rehabilitationsleistungen der DRV

Stand:	30.12.2021
Gültig ab:	01.10.2023
Version:	1.0.0

## Inhalt

<b>1. Änderungsprotokoll zur Verfahrensbeschreibung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Grundsätzliches .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Geschäftsvorfälle.....</b>	<b>5</b>
3.1 Anforderung AUD-Beleg .....	5
3.2 Übermittlung AUD-Beleg .....	6
3.3 Mitteilung des Vorliegens eines Eilfalls .....	6
3.4 Bewilligung .....	8
3.5 Ablehnung/Weiterleitung .....	9
3.6 Absage durch den Kostenträger .....	9
3.7 Antwort zum Antrag auf Verlängerung des Aufenthaltes.....	9
3.8 Anregung einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 3 der Zuständigkeitsvereinbarung .....	9
3.9 Entscheidung über eine beantragte stufenweise Wiedereingliederung nach § 4 der Zuständigkeitsvereinbarung .....	10
<b>4. Technische Ausgestaltung .....</b>	<b>11</b>
4.1 Start des Verfahrens .....	11
<b>5. Anlagen .....</b>	<b>11</b>
5.1 Empfehlung zum Einleitungs- und Antragsverfahren vom 05.02.2001 .....	11
5.2 Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i.V.m. § 51 Abs. 5 SGB IX.....	11
5.3 Schlüsselverzeichnis .....	11

## 1. Änderungsprotokoll zur Verfahrensbeschreibung

Ver- sion	Status	Datum	Autor	Abschnitt	Erläuterung
1.0	Neuer- stellung	30.12.2021	GKV-SV		

## 2. Grundsätzliches

Der Datenaustausch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (KK) und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung (RVT) für die Übermittlung der erforderlichen Daten im Zusammenhang mit medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung (DRV), wird für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einem Krankengeldanspruch eingerichtet. In der Regel handelt es sich um Erwerbstätige, die einen Krankengeldanspruch haben. Im Ausnahmefall können auch Arbeitslose oder Selbständige betroffen sein.

Die vorgesehenen Geschäftsvorfälle werden als autarkes Verfahren ausgestaltet, welches jedoch als Basis die in der Rahmenvereinbarung zum Datenaustausch nach § 301 Abs. 4 und 4a SGB V (DTA TP 4b) definierten XML-Elemente nutzt. Die sonst zwischen den RVT und Rehakliniken eingesetzten XML-Schemas werden im Rahmen dieses Verfahrens zwischen den RVT und den KK in weitestgehend gleichem Umfang und Aufbau genutzt. Die hierfür benötigten XML-Elemente werden unverändert weitestgehend übernommen und nur dahingehend modifiziert, dass die für die Prüfung des Krankengeldanspruchs erforderlichen Informationen an die Krankenkassen übermittelt werden. Sofern eine Anpassung im DTA TP 4b erfolgt, ist diese hier entsprechend nachzuvollziehen. Zusätzlich wird der Datenaustausch um die bisher noch zwischen den KK und RVT erfolgende Information zu Eilfällen, Anregung und Entscheidung zu einer stufenweisen Wiedereingliederung sowie der Information zur Ablehnung einer medizinischen Rehabilitationsleistung erweitert, um das bisherige Papierverfahren abzulösen.

Alle in diesem Verfahren für die Meldung an die KK geforderten Daten, sind durch die RVT unverändert analog der im DTA TP 4b-Verfahren an die Rehakliniken übermittelten Daten der KK in dem abgestimmten Umfang zur Verfügung zu stellen. Auf eine Kommentierung der XML-Elemente wurde weitgehend verzichtet, weil die vom RVT zu übermittelnden Daten auf Basis der im DTA TP 4b-Verfahren geforderten Inhalte erstellt wurden. Abweichungen zum DTA TP 4b bzw. besondere Verfahrensabsprachen, welche in diesem Verfahren zu beachten sind, werden entsprechend erläutert.

Unter den hier angesprochenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören keine Leistungen, die geeignet sind, berufsbegleitend durchgeführt zu werden.

### 3. Geschäftsvorfälle

Die Datenübermittlung umfasst im Zusammenhang mit medizinischen Rehabilitationsleistungen die folgenden Mitteilungen durch die RVT an die KK:

- Anforderung des AUD-Belegs
- Bewilligung,
- Ablehnung/Weiterleitung,
- Absage durch Kostenträger
- Antwort zum Antrag auf Verlängerung des Aufenthaltes sowie
- Entscheidung über eine beantragte stufenweise Wiedereingliederung nach § 4 der Zuständigkeitsvereinbarung.

Im Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation der RVT kann die KK zusätzlich folgende Mitteilung an die RVT übermitteln:

- Übermittlung des AUD-Belegs
- Anregung einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 3 der Zuständigkeitsvereinbarung
- Mitteilung des Vorliegens eines Eilfalles

#### 3.1 Anforderung AUD-Beleg

Wird durch den Versicherten eine Leistung zur medizinischen Reha beim Leistungsträger beantragt, dann erfolgt grundsätzlich eine maschinelle Anforderung des AUD-Beleges bei der Krankenkasse. Die Anforderung hat durch den RVT unverzüglich nach Eingang des Antrages auf Rehabilitation zu erfolgen. Eine Initiativ-Übersendung des AUD-Beleges durch die Krankenkasse z.B. bei auftragsweiser Übermittlung durch die Krankenkasse ist nicht vorgesehen. Sofern der Versicherte der Übermittlung der Diagnosen an den RVT nicht zustimmen möchte (Gebrauch des Widerspruchsrechts), wird dennoch durch den RVT der AUD-Beleg bei der KK abgefordert. Der Widerspruch ist durch den Versicherten direkt gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen.

Ein AUD-Beleg wird nicht im Zusammenhang mit einer Anschlussheilbehandlung, einer Kinder-/Jugendlichen-Reha, einer CA- Nachsorge-Leistung für Rentner und deren nichtversicherte Angehörige sowie im Nahtlosverfahren in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen angefordert.

### 3.2 Übermittlung AUD-Beleg

Die Übermittlung des AUD-Beleges von der Krankenkasse an den RVT erfolgt nur aufgrund einer vorherigen Anforderung seitens des RVT, demnach ausschließlich auf Basis des Geschäftsvorfalles 3.1 „Anforderung AUD-Beleg“.

Hat der Versicherte der Übermittlung der Diagnosedaten von der Krankenkasse an den RVT nicht zugestimmt (Gebrauch des Widerspruchsrechts), ist dies durch die Angabe „N“ im Feld „Datenweitergabe Diagnosen“ für den RVT kenntlich zu machen. In diesem Fall sind keine Behandlungsdiagnosen von der Krankenkasse an den RVT zu übermitteln.

### 3.3 Mitteilung des Vorliegens eines Eilfalls

Wird durch den Versicherten eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beim RVT beantragt, fordert der RVT grundsätzlich die Übermittlung eines AUD-Beleges (siehe unter 3.1 „Anforderung AUD-Beleg“) an. Auf Basis dieser Anforderung des AUD-Beleges kann die KK für Versicherte mit einem Krankengeldanspruch mit dem Geschäftsvorfall Mitteilung des Vorliegens eines Eilfalls an den RVT einen Eilfall anzeigen. Die Daten im Baustein sind entsprechend der Feldbezeichnungen zu befüllen.

Wird der Eilfall dem RVT erst nach der Bewilligung mitgeteilt, informiert der RVT die Rehaklinik über den Geschäftsvorfall „Ergänzung vor Rehabeginn“ im DA nach § 301 Abs.4 SGB V. Eine gesonderte Meldung durch die Krankenkasse an die Rehaklinik ist daher nicht erforderlich. Wird der Eilfall dem RVT erst nach Aufnahme mitgeteilt, ist eine Information des RVT an die Rehaklinik nicht mehr möglich, die Krankenkassen informieren die Rehaklinik über den Eilfall im Geschäftsvorfall „Anforderung“.

Die Möglichkeit zur Übermittlung vor einer Bewilligung ist erforderlich, um einen Eilfall dem RVT frühzeitig anzeigen zu können, um eine Priorisierung in der Bearbeitung beim RV-Träger zu ermöglichen und damit eine Beschleunigung der Verfahren im Sinne der Versicherten sicherzustellen. Zudem erfolgt die Aufforderung nach § 51 SGB V und damit Einschränkung des Dispositionsrechts des Versicherten in der Regel im Zusammenhang mit der Antragstellung einer Reha-Leistung, wobei die Beantragung selbst durch den Rehabilitanden gesteuert wird. Im Zusammenhang mit dem Vorliegen der Voraussetzungen des § 51 SGB V ist eine regelmäßige Information des RVT daher unabhängig vom Stand der Bewilligung notwendig, damit etwaige Reha-Anträge oder Umdeutungen nicht durch den Rehabilitanden zurückgezogen werden können.

Bei der Übermittlung des Geschäftsvorfalles ist die Angabe eines „Eilfalls“ auf Basis der Empfehlung zum Einleitungs- und Antragsverfahren vom 05.02.2001 zu beurteilen.

Unter Eilfällen werden in diesem Sinn werden insbesondere folgende Fallgestaltungen subsumiert:

1. nach einer Krankenhausbehandlung, sofern die für die Krankenhausbehandlung relevante Erkrankung einen unmittelbaren Rehabilitationsbedarf begründet, aber keine AHB-Indikation vorliegt oder
2. bei einer schweren Erkrankung mit daraus resultierenden Funktionseinschränkungen/ Fähigkeitsstörungen, die voraussichtlich eine lang andauernde (mehrmonatige) Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben werden oder
3. bei bereits vorliegender lang andauernder (in der Regel durchschnittlich mehr als 50 Tage oder durchschnittlich mehr als 21 Tage und besondere Begründung der Eilbedürftigkeit durch den MDK) Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung bzw. in medizinischem Zusammenhang stehender Erkrankungen oder
4. bei häufiger Arbeitsunfähigkeit (in der Regel mehr als 4 AU-Ereignisse jährlich) aufgrund derselben Erkrankung bzw. in medizinischem Zusammenhang stehender Erkrankungen oder
5. nach ambulanten Operationen (auch bei AHB-Indikationen), wenn diese einen unmittelbaren Rehabilitationsbedarf begründen oder
6. bei Anträgen gemäß § 51 SGB V, wenn eine medizinisch begründete Eilbedürftigkeit nach den vorgenannten Kriterien vorliegt.

Die Mitteilung eines Eilfalles durch die KK an den RVT stellt neben der Beschleunigung des Reha-Prozesses auch sicher, dass mit Vorliegen des § 51 SGB V dem RVT transparent ist, dass die Rehabilitanden nicht mehr über ihre Leistungsanträge frei entscheiden können, sondern es einer Rücksprache mit der Krankenkasse bedarf. Im Datenaustausch ist aufgrund dieser unterschiedlichen Konsequenzen im Umgang mit den Antragstellen die Unterscheidung der Eilfälle entsprechend auszuwählen:

- I. „1“= laufender AU-Fall mit KG-Anspruch (entsprechend der Kriterien zum Einleitungs- und Antrags-verfahren vom 05.02.2001) und
- II. „2“= laufender AU-Fall mit Aufforderung nach § 51 SGB V bzw. mit nachträglicher Einschränkung des Dispositionsrechts.

Ist dem RVT das Vorliegen eines Eilfalles bekannt, so ist die im Rahmen des DTA TP 4b den Rehakliniken bei der Bewilligung und auch den Krankenkassen im Geschäftsvorfall Bewilligung mitzuteilen.

### 3.4 Bewilligung

Wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den RVT bewilligt, ist dies für Versicherte mit einem Krankengeldanspruch zusätzlich zur Übermittlung der Daten im Rahmen des DTA TP4b an die durchführende Rehaklinik auch zeitgleich mit dem Geschäftsvorfall Bewilligung an die KK zu übermitteln. Die Daten im Baustein sind grundsätzlich analog dem DTA T4b zu befüllen.

Bei der Übermittlung des Geschäftsvorfalles ist die Angabe eines „Eilfalls“ auf Basis der [Empfehlung zum Einleitungs- und Antragsverfahren vom 05.02.2001](#) zu beurteilen. Die KK erhalten durch die Angabe die Information, dass dem RVT das Vorliegen eines Eilfalles bekannt ist. Liegt ein Eilfall nach Kenntnis der Krankenkasse vor und dies wurde vom RVT nicht im Geschäftsvorfall angegeben, wird die Rehaklinik über das Vorliegen des Eilfalls im Rahmen der des DTA TP 4b durch die Krankenkasse im Zusammenhang mit der Abforderung der weiteren Meldungen im Zusammenhang mit der Prüfung des Anspruchs auf Krankengeld informiert.

Unter Eilfällen werden folgende Fallgestaltungen subsumiert (siehe auch [3.3 „Mitteilung des Vorliegens eines Eilfalls“](#)):

- I. Laufende AU- oder Krankengeldfälle entsprechend der [Empfehlung zum Einleitungs- und Antragsverfahren vom 05.02.2001](#) sowie
- II. Laufende AU- oder Krankengeldfälle mit einer Aufforderung oder nachträglichen Einschränkung des Dispositionsrechts nach § 51 SGB V.

Aufgrund der Besonderheit bei den laufenden AU-Fällen mit Vorliegen des § 51 SGB V dahingehend, dass neben einer Beschleunigung des Rehaprozesses zusätzlich die Rehabilitanden nicht mehr über ihre Leistungsanträge frei entschieden können, sondern es einer Rücksprache mit der Krankenkasse bedarf, ist im Datenaustausch die Unterscheidung der Eilfälle erforderlich und wie folgt anzugeben:

- III. „1“= laufender AU-Fall mit KG-Anspruch (entsprechend der Kriterien zum Einleitungs- und Antragsverfahren vom 05.02.2001) und
- IV. „2“= laufender AU-Fall mit Aufforderung nach § 51 SGB V bzw. mit nachträglicher Einschränkung des Dispositionsrechts.

Wurde durch den Versicherten der Übermittlung von Bewilligungsdiagnosen widersprochen, ist der KK keine Bewilligungsdiagnose zu übermitteln und dies der Krankenkasse durch die Angabe



„Widerspruch erfolgt“ kenntlich zu machen. In allen anderen Fällen ist zwingend die Diagnose anzugeben.

### **3.5 Ablehnung/Weiterleitung**

Wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den RVT abgelehnt oder an einen anderen RVT weitergeleitet, ist dies für Versicherte mit einem Krankengeldanspruch mit dem Geschäftsvorfall Ablehnung-Weiterleitung an die KK zu übermitteln. Die Daten im Geschäftsvorfall sind entsprechend der Feldbezeichnungen zu befüllen. Als Ablehnung gelten in diesem Zusammenhang auch die sonstigen Erledigungsarten des Antrags (z.B. Rücknahme des Antrags durch den Versicherten, Ablehnung wegen fehlender Mitwirkung; siehe [5.3 Schlüsselverzeichnis](#)).

### **3.6 Absage durch den Kostenträger**

Wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den Kostenträger abgesagt, ist dies für Versicherte mit einem Krankengeldanspruch mit dem Geschäftsvorfall Absage durch den Kostenträger an die KK zu übermitteln. Die Daten im Baustein sind entsprechend der Feldbezeichnungen zu befüllen. Als Ablehnung gelten in diesem Zusammenhang auch die sonstigen Erledigungsarten des Antrags (z.B. Versicherter verzichtet auf die Reha-Leistung, Kostenzusage hat die Gültigkeit verloren, Versicherter ist verstorben, Versicherter möchte in eine andere Klinik siehe [5.3 Schlüsselverzeichnis](#)).

### **3.7 Antwort zum Antrag auf Verlängerung des Aufenthaltes**

Wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den RVT verlängert, ist diese Information für Versicherte mit einem Krankengeldanspruch zusätzlich zur Übermittlung der Daten im Rahmen des DTA TP 4b an die durchführende Rehaklinik auch zeitgleich mit dem Geschäftsvorfall Antwort zum Antrag auf Verlängerung des Aufenthaltes an die KK zu übermitteln. Die Daten im Baustein sind grundsätzlich analog dem DTA TP 4b zu befüllen.

### **3.8 Anregung einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 3 der Zuständigkeitsvereinbarung**

Wurde eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den RVT durchgeführt und der oder die Versicherte ohne die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung entlassen, kann die

Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung bei den RVT anregen. Die Anregung erfolgt mit dem Geschäftsvorfall Anregung einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 3 der Zuständigkeitsvereinbarung. Die Daten im Baustein sind entsprechend der Feldbezeichnungen zu befüllen.

Anregungstatbestände liegen in der Regel dann vor, wenn sich die individuellen Verhältnisse nach Ausstellung der Checkliste (siehe DTA TP 4b) verändert haben. Dabei können sich die Veränderungen auf alle in der Checkliste dargestellten Sachverhalte beziehen.

Die 14-Tage-Frist beginnt am Tag nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, frühestens jedoch am Tag nach Eingang der Checkliste bei der Krankenkasse.

Die KK übermittelt mit diesem Geschäftsvorfall innerhalb der genannten Frist die begründete Anregung zur Prüfung einer stufenweisen Wiedereingliederung und ggf. weitere Unterlagen (z.B. medizinische Aussagen oder Stufenplan). Verzögerungen im Prozessablauf bei der KK sind durch diese zu vertreten.

### **3.9 Entscheidung über eine beantragte stufenweise Wiedereingliederung nach § 4 der Zuständigkeitsvereinbarung**

Wurde im Nachgang zu einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den RVT eine stufenweise Wiedereingliederung durch die Krankenkasse angeregt (siehe [3.8 „Anregung einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 3 der Zuständigkeitsvereinbarung“](#)), ist der KK mit dem Geschäftsvorfall Entscheidung über eine beantragte stufenweise Wiedereingliederung nach § 4 der Zuständigkeitsvereinbarung die Entscheidung zur Anregung zu übermitteln. Die Daten im Baustein sind entsprechend der Feldbezeichnungen zu befüllen und unverzüglich der KK zu übermitteln.

Die Prüfung der mit der Anregung einer stufenweisen Wiedereingliederung von der KK übermittelten Informationen durch den RVT erfolgt unverzüglich nach Eingang. Eine Zuständigkeit des RVT ist gegeben, wenn die stufenweise Wiedereingliederung zur Erreichung des Rehabilitationsziels notwendig ist und innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen kann. Die Zuständigkeit besteht in diesen Fällen vom Tag nach der Entlassung aus der Rehabilitation bis zum Ende der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 71 Abs. 5 SGB IX).

Verzögerungen im Prozessablauf bei dem RVT sind durch diesen zu vertreten.

## 4. Technische Ausgestaltung

### 4.1 Start des Verfahrens

Das Verfahren wird obligatorisch sowohl für die KK als auch die RVT zum 01.01.2024 eingeführt. Ab dem 01.10.2023 startet eine Pilotierungsphase zwischen der RVT und den KK mit Echtdateien auf maschinellem Wege. Die bisherigen Papierverfahren werden im Übergangsverfahren bis zum obligatorischen Start vorgehalten und zur Vermeidung von Störfällen noch während der Pilotierung weiter beibehalten, sollen jedoch spätestens zum obligatorischen Start des Verfahrens entfallen.

## 5. Anlagen

### 5.1 Empfehlung zum Einleitungs- und Antragsverfahren vom 05.02.2001

[Anhang 1 – Empfehlung zum Einleitungs- und Antragsverfahren vom 05.02.2001](#)

### 5.2 Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i.V.m. § 51 Abs. 5 SGB IX

[Anhang 2 – Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i.V.m. § 51 Abs. 5 SGB IX](#)

### 5.3 Schlüsselverzeichnis

[Anhang 3 – Schlüsselverzeichnis](#)