



DEUTSCHE VEREINIGUNG
FÜR SOZIALE ARBEIT
IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

DVSG

Gemeinsam für die gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

FAQ

**AR-Verfahren der GKV inklusive
SINGER-Patientenprofil u.a.**

Impressum

Herausgeberin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
Autorinnen: Cindy Stoklossa, Sibylle Kraus, Antje Liesener
Auflage: 1. Auflage, Dezember 2024
Titelbild: www.pexels.com

Inhalt

Vorwort	5
Zeitplan zum (digitalen) AR-Antragsverfahren bei der GKV	5
Antworten zu häufig gestellten Fragen (FAQ)	6
AR-Antragsverfahren allgemein	6
Sind alle Krankenhäuser über das neue AR-Verfahren informiert?	6
Wann sollte der AR-Antrag (speziell bei einer Direktverlegung) gestellt werden?	6
Für welche Rehabilitationsmaßnahmen ist der neue AR-Antrag zu nutzen?	6
Gibt es für Kinder besondere Regelungen im AR-Verfahren?	6
Was passiert, wenn die Anschlussrehabilitation nicht innerhalb von 14 Tage erfolgen kann, weil es keine zeitnahen Plätze gab?	6
Entscheidet die Krankenkasse in welche Rehaklinik der/die Patient*in geht?	6
Erfolgt aufgrund von Angaben zu V.3. des ärztlichen Befundberichts tatsächlich keine Überprüfung mehr durch die Krankenkasse?	6
Vom Barthel-Index zum SINGER-Patientenprofil	7
Verträge und Preise der Anschlussrehabilitation basieren bislang auf dem Barthel-Index. Was ändert sich hier?	7
Was bedeutet SINGER und woher stammt das SINGER-Patientenprofil?	7
Ersetzt das SINGER-Patientenprofil den Barthel-Index?	7
Wer füllt das SINGER-Patientenprofil aus?	7
Muss das SINGER-Patientenprofil dem AR-Antrag gesondert als Anhang beigefügt werden?	7
Gibt es eine Vorgabe, mit welchem SINGER-Patientenprofil-Wert Patient*innen für eine neurologische Anschlussrehabilitation geeignet sind?.....	7
Einige Rehakliniken – insbesondere bei Phase B und C – bestehen weiterhin auf dem Barthel-Index. Ist dieser also weiterhin zu erheben?	8
Für die neurologische Rehabilitation erfolgte die Zuordnung zu Phase B, C oder D bislang aufgrund des erreichten Punktwerts im Barthel-Index. Wie erfolgt die Phasenzuordnung nun mit dem SINGER-Patientenprofil?	8
Ausfüllhinweise zum SINGER-Patientenprofil	8
Welche Einschränkungen sind im SINGER-Patientenprofil zu dokumentieren?	8
Was ist der Unterschied zwischen „Kontakthilfe“ und „Assistenz“?	8
Was bedeutet „Supervision“ im Zusammenhang mit dem SINGER-Patientenprofil?	8
Was ist der Unterschied zwischen „professioneller Hilfe“ und „Laienhilfe“ im Punkt Kontakthilfe?	8
Was ist unter „Mobilität“ zum Punkt „Rollstuhlnutzung“ anzugeben, wenn Patient*innen keinen Rollstuhl benötigen?	8
Ausfüllhinweise zum AR-Antrag	9
Können im AR-Antrag „gesetzliche Vertreter*innen“ angegeben werden?	9
Warum wird nur noch danach gefragt, ob ein „Pflegegrad beantragt“ wurde, jedoch nicht mehr nach der Höhe eines bestehenden Pflegegrads?	9
Was ist zu beachten, wenn ein Eilantrag auf Pflegegrad gestellt wurde, z. B. wenn nicht klar ist, ob die Reha direkt möglich sein wird oder zur Überbrückung eine Kurzzeitpflege zwischengeschaltet werden muss?	9

Wie erfolgt die Rückmeldung der gesetzlichen Krankenkasse zum AR-Antrag?	9
Wie erfahren bereits entlassene Patient*innen vom Bescheid über den AR-Antrag?.....	9
Wie erfolgt die Übermittlung der Befundberichte an die Rehaklinik?	9
Muss die gewünschte Anschlussrehabilitation für Patient*innen weiterhin über eine Suchplattform angefragt und reserviert werden oder übernimmt dies die Krankenkasse?.....	9
Wird ein gesondertes Modul benötigt, um den neuen AR-Antrag z. B. im KIS-System nutzen zu können? .	9
Digitale Antragstellung	10
Wann wird das digitale AR-Antragverfahren verpflichtend?	10
Soll der AR-Antrag künftig nur noch digital gestellt werden?	10
Erfolgt die digitale Kommunikation mit den Krankenkassen im Rahmen des AR-Antrags über den § 301?.....	10
Wie funktioniert die digitale Antragstellung per Tablet?	10
Wo finde ich die drei notwendigen Einwilligungen der Patient*innen im digitalen Antrag?.....	10
Muss der digitale AR-Antrag unterschrieben werden?	11
Was bedeutet „Vidierung“ von Sozialdienst und Ärzt*innen?.....	11
Wie kann man einsehen, dass ein*e Arzt/Ärztin den Befund fertiggestellt hat, bevor der Sozialdienst den Gesamtantrag versendet?	11
Haben auch Ärzt*innen die Möglichkeit den AR-Antrag digital weiterzuleiten?	11
Wie wird sichergestellt, dass die digitale Übermittlung erfolgreich war?.....	11
Private Krankenversicherung (PKV).....	11
Welcher Antrag wird für private Krankenkassen verwendet?	11
Ist beim PKV-AHB-Antrag zusätzlich ein ärztlicher Befundbericht erforderlich?.....	12
Ist trotz der Umstellung der GKV-AR-Antragsformulare auf das SINGER-Patientenprofil die im PKV-AHB-Antrag vorgesehene Übersendung des Barthel-Index bei geriatrischen und neurologischen Patient*innen erforderlich?	12
Ist die Beantwortung der Fragen bei Anspruch bei der Rentenversicherung auf Seite 1 des AHB-Antrags der PKV optional?	12
Andere Kostenträger	12
Ändert sich das Antragsverfahren der Deutsche Rentenversicherung (DRV)?	12
Akzeptiert die DRV das SINGER-Patientenprofil?.....	12
Ändert sich das Antragsverfahren bei Knappschaft-Bahn-See oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)?	12
Ersetzt das SINGER-Patientenprofil den Barthel-Index auch bei BGSW/ KSR-Anträgen der Berufsgenossenschaften?	12
Ihre Mitwirkung an der Weiterentwicklung der FAQ	12

FAQs zum neuen Verfahren für die Anschlussrehabilitation der GKV (AR-Verfahren) u.a.

Stand: 10.12.2024

Vorwort

Im Zuge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes wurde das Antragsverfahren auf Leistungen zur Anschlussrehabilitation (AR-Verfahren) vereinheitlicht. In der aktualisierten Reha-Richtlinie wurde die konkrete Umsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Die Verhandlungspartner GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben ein einheitliches Antragsformular für alle gesetzlichen Krankenkassen zur Einleitung einer Anschlussrehabilitation nebst ärztlichem Befundbericht entwickelt (AR-Antrag). Dieser ist im Rahmen des Entlassmanagements seit dem 01.10.2024 verbindlich zu verwenden. Von besonderer Bedeutung ist darin das SINGER-Patientenprofil zur Darstellung von Teilhabebeeinträchtigungen. Es ersetzt den bislang verwendeten Barthel-Index.

Die Umsetzung des neuen AR-Verfahrens gegenüber der GKV ist eine Organisationspflicht der Krankenhausträger und obliegt der Verantwortung der Geschäftsführung.

Als Hilfestellung zur Umsetzung werden im Folgenden Antworten zu häufig gestellten Fragen (FAQ) rund um das neue AR-Verfahren und das SINGER-Patientenprofil aufgezeigt. Diese FAQ basieren auf fachlicher Einschätzung und sind ohne Gewähr. Sie bieten keine Rechtssicherheit.

Bitte prüfen Sie in jedem Fall aktuelle Regelungen und Fristen!

Zeitplan zum (digitalen) AR-Antragsverfahren bei der GKV

Seit dem 1. März 2024 gelten die überarbeiteten bundeseinheitlichen Antragsformulare für die Anschlussrehabilitation. Bei fehlender technischer Voraussetzung können diese wie bisher per Post oder Fax zugesendet werden. Die digitale Übermittlung wird spätestens ab dem 1. Mai 2025 für alle Krankenhäuser verpflichtend. Es gilt folgender Zeitplan gemäß Schreiben der DKG vom 20.09.2024:

- Die Pilotphase wird fortgesetzt bzw. verlängert bis zum am 28.02.2025.
- Die Pilotierung erfolgt über den 30.09.2024 hinaus nur mit den Pilot-Krankenkassen.
- Softwarehersteller, die erfolgreich pilotiert haben, beginnen ab dem 01.11.2024 mit dem Roll-Out an ihre Kunden. Somit findet ab dem 01.11.2024 parallel zur Pilotierung der Roll-Out auf Seiten der Krankenhäuser statt. Damit wird den unterschiedlichen Entwicklungsständen Rechnung getragen.
- In einer AG Test- und Pilotverfahren wird festgestellt, welche Softwareprodukte erfolgreich pilotiert haben.
- Die Krankenkassen sind größtenteils zur Datenannahme bereit; letzte Vorbereitungen zur Teilnahme am Produktivbetrieb erfolgen bis zum 31.10.2024.
- Die Roll-Out-Phase in den noch nicht am Datenaustausch teilnehmenden Krankenhäusern endet am 30.04.2025.
- Ab dem **01.05.2025** sollen alle Krankenhäuser das Verfahren anwenden.

Antworten zu häufig gestellten Fragen (FAQ)

AR-Antragsverfahren allgemein

Sind alle Krankenhäuser über das neue AR-Verfahren informiert?

Die Krankenhäuser werden regelhaft über Rundschreiben der Landeskrankenhausgesellschaften informiert, so auch zum neuen AR-Verfahren, den neuen Formularen und den aktuellen Umsetzungsfristen. Als Sozialdienste sollten Sie diese Rundschreiben zur Kenntnisnahme erhalten. Sofern dies bislang nicht der Fall ist, empfehlen wir Ihnen diesbezüglich auf Ihre Krankenhausleitung zuzugehen.

Wann sollte der AR-Antrag (speziell bei einer Direktverlegung) gestellt werden?

Hier gilt die gleiche Regelung wie bisher: so spät wie möglich, so rechtzeitig wie nötig. Wie bisher auch werden im SINGER-Patientenprofil die Teilhabebeeinträchtigungen dokumentiert, die zum **Zeitpunkt der Entlassung** vorhanden sind und aller Wahrscheinlichkeit bleiben würden, wenn keine RehaMaßnahme stattfinden würde. Liegt die Antragstellung weit vor der eigentlichen Verlegung, kann das dazu führen, dass Patient*innen zu gut einschätzt werden. Dies trifft auch für die Einschätzung "langfristiger" Einschränkungen zu.

Für welche Rehabilitationsmaßnahmen ist der neue AR-Antrag zu nutzen?

Der neue GKV-AR-Antrag ist künftig für alle Anschlussrehabilitationen inklusive Frühreha zu nutzen, sofern die Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik und nicht im Krankenhaus im Sinne von §39 SGB V erfolgt.

Gibt es für Kinder besondere Regelungen im AR-Verfahren?

Nein, aktuell sind keine besonderen Regelungen für Kinder bekannt.

Was passiert, wenn die Anschlussrehabilitation nicht innerhalb von 14 Tage erfolgen kann, weil es keine zeitnahen Plätze gab?

Viele Krankenkassen akzeptieren die Überschreitung der 14 Tages-Frist, da der Mangel an freien Plätzen bekannt ist. Nehmen Sie bei Bedarf direkt Kontakt mit der entsprechenden Krankenkasse auf.

Entscheidet die Krankenkasse in welche Rehaklinik der/die Patient*in geht?

Nein. Die Krankenkasse entscheidet über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist dabei nach pflichtgemäßen Ermessen zu berücksichtigen. Allerdings kann es sein, dass aufgrund mangelnder Plätze nur der Zweit- oder Drittwunsch ermöglicht werden kann.

Erfolgt aufgrund von Angaben zu V.3. des ärztlichen Befundberichts tatsächlich keine Überprüfung mehr durch die Krankenkasse?

Nach § 16 Absatz 1 Reha-RL wird die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse nicht überprüft, wenn eine der in Punkt V.3 des ärztlichen Befundberichts aufgeführten Diagnosen bzw. Indikationen vorliegt. Die Krankenkasse prüft jedoch weiterhin Zuständigkeit, Art und Umfang der Leistung.

Vom Barthel-Index zum SINGER-Patientenprofil

Verträge und Preise der Anschlussrehabilitation basieren bislang auf dem Barthel-Index. Was ändert sich hier?

Der G-BA hat festgelegt, dass im neuen AR Antrag nicht mehr der Barthel-Index sondern das SINGER-Patientenprofil verwendet wird. Dies hat keinen Einfluss auf die Verträge und Preise für die Anschlussrehabilitation. Hierfür werden die Rehabilitationskliniken weiterhin den Barthel-Index erheben müssen.

Was bedeutet SINGER und woher stammt das SINGER-Patientenprofil?

Der „Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation“ (SINGER) ist ursprünglich ein ICF-basiertes globales Assessment-Instrument, das aus der rehabilitativen Praxis heraus in Deutschland entwickelt wurde. Mit ihm werden Störungen der Aktivitäten und Teilhabe bei Patient*innen in der ambulanten und stationären Rehabilitation in standardisierter Weise erfasst. Alle für die medizinische Rehabilitation besonders relevanten Domänen der ICF sind mit einem oder mehreren Items vertreten, so dass das SINGER-Assessment indikationsübergreifend eingesetzt werden kann.

Das SINGER-Patientenprofil wurde aus dem SINGER-Assessment abgeleitet und dient ausschließlich der Darstellung von Teilhabe einschränkungen im Rahmen des neuen, einheitlichen GKV-AR-Verfahrens. Das SINGER-Patientenprofil ist nicht geeignet den SINGER als Assessment im Rahmen der ambulanten und stationären Rehabilitation zu ersetzen. Die Anwendung des SINGER-Patientenprofils für AR-Anträge ist lizenzfrei (<https://www.singer-assessment.de/singer-patientenprofil/>).

Ersetzt das SINGER-Patientenprofil den Barthel-Index?

Ja. GKV und DKG haben zur Vereinheitlichung des AR-Verfahrens beschlossen, dass das SINGER-Patientenprofil den Barthel-Index komplett ablöst. Auch wenn einige Rehakliniken nach wie vor den Barthel-Index anfordern, muss dieser künftig nicht parallel zum SINGER-Patientenprofil erhoben werden.

Wer füllt das SINGER-Patientenprofil aus?

Es gibt keine Vorgaben dazu, wer das SINGER-Patientenprofil erhebt und ausfüllt. Dies ist klinikintern festzulegen. Bislang wurde der Barthel-Index überwiegend durch die Pflege ausgefüllt. Nun ist das SINGER-Patientenprofil Bestandteil des digitalen ärztlichen Befundberichts. Im Rahmen des sogenannten Rechtekonzepts ist festzulegen, wer welche Antragsteile ausfüllt und rechtlich verantwortet/vidiert. Hausintern ist zu entscheiden, ob Pflege, Ärzt*innen oder der Sozialdienst z. B. das SINGER-Patientenprofil ausfüllt und wer den Gesamtantrag digital versendet.

Muss das SINGER-Patientenprofil dem AR-Antrag gesondert als Anhang beigefügt werden?

Nein. Das SINGER-Patientenprofil ist Bestandteil des ärztlichen Befundberichts und muss daher nicht als zusätzliches Dokument beigefügt werden. Je nach klinikinterner Umsetzung des Rechtekonzepts kann für die digitale Antragsstellung das SINGER-Patientenprofil jedoch separat durch andere Berufsgruppen ausfüllbar sein.

Gibt es eine Vorgabe, mit welchem SINGER-Patientenprofil-Wert Patient*innen für eine neurologische Anschlussrehabilitation geeignet sind?

Nein, diese Einstufung gibt es für das SINGER-Patientenprofil nicht. Die Vertragsparteien haben sich gegen entsprechende Punktwerte ausgesprochen. In welchem Umfang Hilfe notwendig ist und ob eine Eignung für eine Anschlussrehabilitation vorliegt, muss somit anhand des Unterstützungsbedarfs

abgelesen werden. Ergänzend sind im GKV-AR-Antrag die Fragen aus dem Frühreha-Index enthalten. Zur allgemeinen Orientierung bietet SINGER zusätzlich eine Umrechnungstabelle unter <https://www.singer-assessment.de/downloads-f%C3%BCr-den-klinischen-alltag/>.

Einige Rehakliniken – insbesondere bei Phase B und C – bestehen weiterhin auf dem Barthel-Index. Ist dieser also weiterhin zu erheben?

Rehakliniken finden alle notwendigen Informationen, die vorher im Barthel-Index erhoben wurden, auch im SINGER-Patientenprofil. Insofern kann auch auf dieser Grundlage eine Aussage zur Höhe des Unterstützungsbedarfs getroffen werden. Zusätzlich ist der Frühreha-Index im AR-Antrag enthalten.

Für die neurologische Rehabilitation erfolgte die Zuordnung zu Phase B, C oder D bislang aufgrund des erreichten Punktwerts im Barthel-Index. Wie erfolgt die Phasenzuordnung nun mit dem SINGER-Patientenprofil?

Die Phasenzuordnung erfolgt nicht mehr länger anhand eines Punktescores. Es gibt zwar auch im SINGER-Patientenprofil Punktwerte und einen Gesamtscore, dieser ist jedoch ohne Relevanz für die Phasenzuordnung. Der Bedarf an Unterstützung und damit die Zuordnung zu einer Phase muss vielmehr anhand des gesamten Befundberichts ermittelt werden. Wenn Patient*innen z. B. nicht selbständig sind und bei der Verrichtung der alltäglichen Versorgung Hilfe benötigen, handelt es sich um Phase C.

Ausfüllhinweise zum SINGER-Patientenprofil

Welche Einschränkungen sind im SINGER-Patientenprofil zu dokumentieren?

Es werden diejenigen Teilhabebeeinträchtigungen dokumentiert, die zum **Zeitpunkt der Entlassung** vorhanden sind und aller Wahrscheinlichkeit bleiben würden, sofern keine Rehamassnahme stattfinden würde.

Was ist der Unterschied zwischen „Kontakthilfe“ und „Assistenz“?

Kontakthilfe ist die direkte Hilfe am Menschen. Assistenzhilfe leitet an oder reicht an – es gibt also in dem Sinne keinen körperlichen Kontakt.

Was bedeutet „Supervision“ im Zusammenhang mit dem SINGER-Patientenprofil?

Supervision meint in diesem Fall die Anleitung einer Person.

Was ist der Unterschied zwischen „professioneller Hilfe“ und „Laienhilfe“ im Punkt Kontakthilfe?

Mit professioneller Hilfe ist die Hilfe im Rahmen einer Therapie bzw. professionellen Tätigkeit gemeint. Laienhilfe bedeutet, dass die Hilfestellung durch eine angelernte Person erfolgen kann.

Was ist unter „Mobilität“ zum Punkt „Rollstuhlnutzung“ anzugeben, wenn Patient*innen keinen Rollstuhl benötigen?

Hier sollte „selbständig“ und „ohne Hilfsmittel“ angekreuzt werden. Das entspricht 5 SINGER-Punkten.

Ausfüllhinweise zum AR-Antrag

Können im AR-Antrag „gesetzliche Vertreter*innen“ angegeben werden?

Ja, im Antrag wird zwischen gesetzlichen Vertreter*innen, Betreuer*innen und Bevollmächtigten unterschieden. Eine Ergänzung zum Ehegattennotvertretungsrecht ist in Planung.

Warum wird nur noch danach gefragt, ob ein „Pflegegrad beantragt“ wurde, jedoch nicht mehr nach der Höhe eines bestehenden Pflegegrads?

Im Sinne der Datensparsamkeit sollen nur noch notwendige Daten erhoben werden. Aktuell wird die Höhe eines bestehenden Pflegegrades von den Krankenkassen direkt an die Rehakliniken im Rahmen des Datenaustauschs übermittelt. Die Wiederaufnahme des Pflegegrades in den AR-Antrag ist jedoch in Planung.

Was ist zu beachten, wenn ein Eilantrag auf Pflegegrad gestellt wurde, z. B. wenn nicht klar ist, ob die Reha direkt möglich sein wird oder zur Überbrückung eine Kurzzeitpflege zwischengeschaltet werden muss?

Sollte aus dem Krankenhaus heraus ein Pflegegrad beantragt worden sein, ist dies im AR-Antrag zu vermerken.

Wie erfolgt die Rückmeldung der gesetzlichen Krankenkasse zum AR-Antrag?

Die Krankenkasse meldet digital zurück, ob der Antrag abgelehnt oder bewilligt wurde und wenn ja, für welche Rehaklinik. Mit Beginn der digitalen Antragstellung wird die digitale Rückmeldung der Krankenkasse und die Kommunikation automatisch in der Krankengeschichte hinterlegt. Die Krankenkasse gibt die Kostenzusage zudem über § 301 SGB V digital direkt an die bewilligte Rehaklinik.

Wie erfahren bereits entlassene Patient*innen vom Bescheid über den AR-Antrag?

Die Krankenkasse informiert Patient*innen wie bisher per Post. Der Sozialdienst kann zusätzlich die Versicherten informieren, sobald sie eine Rückmeldung der Krankenkasse erhalten – dies ist jedoch optional.

Wie erfolgt die Übermittlung der Befundberichte an die Rehaklinik?

Eine digitale Kommunikation zwischen Akutkrankenhaus und Rehakliniken ist erst möglich, wenn die Rehakliniken an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind. Das ist derzeit noch optional. Die Weiterleitung von Befundberichten etc. an die Rehakliniken erfolgen daher bis auf weiteres wie bisher.

Muss die gewünschte Anschlussrehabilitation für Patient*innen weiterhin über eine Suchplattform angefragt und reserviert werden oder übernimmt dies die Krankenkasse?

Der Sozialdienst organisiert wie bisher die Anschlussrehabilitation (Klärung der Wunschklinik, Beginn, Kapazitäten, Reservierung). Dies wird im AR-Antrag vermerkt, sodass die Krankenkasse über den aktuellen Stand informiert ist. Mit dem Bewilligungsbescheid bestätigt die Krankenkasse die Anschlussrehabilitation zum angegebenen Zeitpunkt direkt gegenüber der bewilligten Rehaklinik (auch dies wie bisher).

Wird ein gesondertes Modul benötigt, um den neuen AR-Antrag z. B. im KIS-System nutzen zu können?

Ja.

Digitale Antragstellung

Wann wird das digitale AR-Antragverfahren verpflichtend?

Ursprünglich sollte bereits bis zum 01.10.2024 die digitale Antragstellung im Zuge des sogenannten Datenübertragungsverfahrens umgesetzt sein. Hierfür wurde eine Test- und Pilotphase gestartet, an der sich KIS-Hersteller, Krankenhäuser und gesetzliche Krankenkassen beteiligen konnten. Die Pilotphase wurde aktuell bis zum 28.02.2025 verlängert.

Softwarehersteller, die schon erfolgreich pilotiert haben, können jedoch bereits ab dem 01.11.2024 mit dem Roll-Out an ihre Kunden beginnen. Somit werden einige Krankenhäuser bereits ab November 2024 das neue digitale AR-Verfahren anwenden müssen. Die Übergangsregelung zur Anwendung des bisherigen analogen Antragsverfahren gilt nur für Krankenhäuser, die NICHT über die technischen Voraussetzungen für das digitale Antragsverfahren verfügen. Ab 01.05.2025 soll das digitale AR-Antragsverfahren dann für alle Krankenhäuser verbindlich sein (s. [Zeitplan](#)).

Es ist ratsam, über die hausinterne IT und den KIS-Hersteller den aktuellen Sachstand zu erfragen und die eigene Expertise aktiv einzubringen. So können Sie sicherstellen, dass Sie bei der konkreten Umsetzung sowie im hausinternen Rechtekonzept zum digitalen AR-Verfahren eingebunden sind.

Soll der AR-Antrag künftig nur noch digital gestellt werden?

Ja. Nach erfolgreichem Abschluss der Pilotphase erfolgt der Rollout des neuen AR-Verfahrens auf alle Krankenkassen, KIS-Hersteller und Krankenhäuser.

Allerdings muss generell ein Ersatzverfahren vorgehalten werden, falls das KIS ausfällt oder Patient*innen der digitalen Übermittlung des AR-Antrages nicht zustimmen. In diesem Fall erfolgt die Übermittlung weiterhin per Fax oder Post.

Erfolgt die digitale Kommunikation mit den Krankenkassen im Rahmen des AR-Antrages über den § 301?

Mit der Implementierung der digitalen Antragstellung und der elektronischen Datenübertragung des neuen GKV-AR-Antrages wird ein neuer datenschutzkonformer und IT-sicherer Kommunikationsweg zwischen Krankenhaus/Sozialdienst und allen gesetzlichen Krankenkassen geschaffen. Es handelt sich zwar um eine Datenübertragung im Rahmen § 301 SGB V, die konkrete Umsetzung wird allerdings völlig neu implementiert und aktuell im Rahmen der Pilotphase entwickelt.

Wie funktioniert die digitale Antragstellung per Tablet?

Die Nutzung von Tablets wird derzeit in einigen Kliniken erprobt. Sobald hier die KIS-Funktionen funktionieren, sollte i. d. R. auch die digitale AR-Antragstellung auf dem Tablet möglich sein.

Wo finde ich die drei notwendigen Einwilligungen der Patient*innen im digitalen Antrag?

In der digitalen Antragstellung erfolgen drei Abfragen, die einzeln angeklickt werden müssen:

- Willenserklärung/Unterschrift zur Antragstellung liegt vor
- Entbindung von der Schweigepflicht liegt vor
- Einwilligung zur digitalen Übermittlung des AR-Antrages liegt vor

Wird die Zustimmung zur digitalen Antragstellung nicht erteilt, muss der Antrag ausgedruckt und per Fax oder Post versandt werden.

Muss der digitale AR-Antrag unterschrieben werden?

Weiterhin ist eine eigenhändige Unterschrift der Versicherten bzw. ihrer Bevollmächtigten oder Betreuer*innen unter dem AR-Antrag erforderlich und muss im Krankenhaus dokumentiert sein (GKV Spitzenverband und DKG, Stand 04.11.2024). Die digitale Antragstellung erfolgt anschließend jedoch ohne Unterschrift der Patient*innen, lediglich mit einer Vidierung durch Sozialdienst bzw. Ärzt*innen (je nach hausinternem Rechtekonzept). In welche Form die eigenhändige Unterschrift dokumentiert werden muss, wird derzeit noch geklärt.

Was bedeutet „Vidierung“ von Sozialdienst und Ärzt*innen?

Vidieren bedeutet „Überprüfen, Abzeichnen, Beglaubigen“. Das Wort stammt aus dem Lateinischen „vidi = ich habe gesehen“. Vidieren ist im neuen AR-Verfahren ein Prozessschritt, mit dem die Kenntnisnahme und Überprüfung der sachlichen Richtigkeit von Inhalten z. B. durch den Sozialdienst oder Ärzt*innen digital bestätigt wird.

Wie kann man einsehen, dass ein*e Arzt/Ärztin den Befund fertiggestellt hat, bevor der Sozialdienst den Gesamtantrag versendet?

Die konkrete Umsetzung hängt davon ab, wie der KIS-Hersteller dies programmiert hat. Die Umsetzung erfolgt i. d. R. wie bei anderen zu vidierenden Dokumenten: diese sind i. d. R. in der Krankengeschichte hinterlegt. Einige "intelligente" Systeme ermöglichen eine aktive digitale Weiterleitung der Dokumente an weitere Verantwortliche.

Haben auch Ärzt*innen die Möglichkeit den AR-Antrag digital weiterzuleiten?

Der Gesamtantrag, bestehend aus Antrag und ärztlichem Befundbericht inklusive SINGER-Patientenprofil kann erst nach der sogenannten Vidierung digital an die Krankenkasse übermittelt werden. Im hausinternen Rechtekonzept sind die Verantwortlichkeiten für die einzelnen Prozessschritte festzulegen, z. B. folgendermaßen:

- Ärztlicher Befundbericht: lesen, schreiben, speichern, drucken, vidieren – Arzt/Ärztin und Sozialdienst
- SINGER-Patientenprofil: lesen, schreiben, speichern, drucken, vidieren – Pflege bzw. Arzt/Ärztin bzw. Sozialdienst
- AR-Antrag: lesen, schreiben, speichern, drucken, vidieren, versenden – Sozialdienst

Erfahrungsgemäß obliegt es häufig dem Sozialdienst den vidierten Antrag zu versenden.

Wie wird sichergestellt, dass die digitale Übermittlung erfolgreich war?

Der Sozialdienst erhält eine Fehlermeldung, falls der Antrag inklusive Befundbericht nicht korrekt digital an die GKV zugestellt wurde. Der Sozialdienst hat auch die Möglichkeit, den Antrag digital zu stornieren.

Private Krankenversicherung (PKV)

[s. hierzu auch die FAQ der PKV zum einheitlichen AHB-Antrag.](#)

Welcher Antrag wird für private Krankenkassen verwendet?

Grundsätzlich kann auch der AR-Antrag der GKV für die Beantragung einer Anschlussheilbehandlung an die PKV genutzt werden. Die PKVen haben jedoch ebenfalls einen einheitlichen [Antrag für Anschlussheilbehandlungen](#) entwickelt. Dieser Antrag ist deutlich reduzierter als der AR-Antrag der

GKV. Die Nutzung dieses AHB-Antrages ist nicht verpflichtend. Laut Auskunft der PKV führt er jedoch zu einer schnelleren Bearbeitung und zu einer Verschlinkung der Prozesse.

Ist beim PKV-AHB-Antrag zusätzlich ein ärztlicher Befundbericht erforderlich?

Aktuell ist dies nicht zwingend erforderlich. Allerdings soll nach jüngster Auskunft der PKV der PKV-AHB-Antrag überarbeitet und dabei zweigeteilt werden in einen Antragsteil und einen „Befundbericht“. Unter dem Link <https://www.pkv.de/wissen/versorgung/stationaere-versorgung/> finden Sie die jeweils aktuelle Version des Antragsformulars.

Ist trotz der Umstellung der GKV-AR-Antragsformulare auf das SINGER-Patientenprofil die im PKV-AHB-Antrag vorgesehene Übersendung des Barthel-Index bei geriatrischen und neurologischen Patient*innen erforderlich?

Aktuell prüft die PKV eine entsprechende Umsetzung in ihrem einheitlichen AHB-Antragsformular. Nach jüngster Auskunft der PKV soll nach Überarbeitung des PKV-AHB-Antrags künftig wahlweise der Barthel oder das SINGER-Patientenprofil übermittelt werden. Unter dem Link <https://www.pkv.de/wissen/versorgung/stationaere-versorgung/> finden Sie die jeweils aktuelle Version des Antragsformulars.

Ist die Beantwortung der Fragen bei Anspruch bei der Rentenversicherung auf Seite 1 des AHB-Antrags der PKV optional?

Nein, die Beantwortung ist erforderlich, um den zuständigen Kostenträger zu ermitteln.

Andere Kostenträger

Ändert sich das Antragsverfahren der Deutsche Rentenversicherung (DRV)?

Nein, bisher sind keine Änderungen des Verfahrens oder der Formulare bekannt.

Akzeptiert die DRV das SINGER-Patientenprofil?

Die DRV Bund akzeptiert ebenfalls das SINGER-Patientenprofil. Bei der DRV Land sind die Gespräche dazu noch nicht abgeschlossen. Grundsätzlich ist weder der Barthel-Index noch das SINGER-Patientenprofil Bestandteil des entsprechenden DRV Antrages („DRV Antrag auf Anschlussheilbehandlung“).

Ändert sich das Antragsverfahren bei Knappschaft-Bahn-See oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)?

Nein, bisher sind keine Änderungen des Verfahrens oder Formulare bekannt.

Ersetzt das SINGER-Patientenprofil den Barthel-Index auch bei BGSW/ KSR-Anträgen der Berufsgenossenschaften?

Hierzu gibt es bislang keine Rückmeldungen zu Änderungen.

Ihre Mitwirkung an der Weiterentwicklung der FAQ

Für die Weiterentwicklung der FAQ sind für uns Ihre Praxiserfahrungen besonders wertvoll. Melden Sie gerne Ihre Erfahrungen und Fragen entweder per E-Mail an info@dvsg.org oder über das Kontaktformular auf der DVSG-Webseite. Vielen Dank!

DEUTSCHE VEREINIGUNG
FÜR SOZIALE ARBEIT
IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

DVSG

Gemeinsam für die gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

Geschäftsstelle
Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin
Telefon 030 394064540 | Fax 030 394064545
info@dvsg.org | www.dvsg.org