Deutsche Rentenversicherung
Schwaben

Hin- weise für Rehabilitationseinrichtungen

Allgemeine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
Anschlussrehabilitation (AHB)
Kinderrehabilitation

Inhaltsverzeichnis

Abbruch der Leistung ... 8

1. Vorzeitige Beendigung aus gesundheitlichen Gründen ... 8
2. Vorzeitige Beendigung aus disziplinarischen Gründen ... 8
3. Vorzeitige Beendigung aus anderen Gründen ... 9
4. Hinweise zum Verfahrensablauf ... 9

Abrechnung des Vergütungssatzes ... 10

1. Vereinbarter täglicher Vergütungssatz ... 10
2. Begleitpersonen ... 10
3. Besonders teure Medikamente ... 10

Anschlussrehabilitation (AHB) ... 11

1. Allgemeines ... 11
2. Hinweise zum Verfahrensablauf ... 11
3. Transport von Rehabilitanden ... 12

Aufnahme ... 13

1. Allgemeines ... 13
2. Verschieben des Aufnahmetermins (keine Eilfälle) ... 13
3. Verschieben des Aufnahmetermins bei sogenannten Eilfällen ... 13
4. Besonderheiten bei ganztägig ambulanten Reha-Leistungen ... 13

Aufnahmeanzeige ... 14

1. Weiterleitung der Aufnahmeanzeige ... 14
2. Besonderheiten bei Anschlussrehabilitationen (AHB) ... 14
3. Maschineller Datenaustausch ... 14

Begleitpersonen ... 15

1. Dauerbegleitung ... 15
   - 1.1 Erwachsene als Begleitperson ... 15
     - 1.1.1 Reisekosten ... 15
     - 1.1.2 Verdienstausfall ... 15
   - 1.2 Kinder als Begleitperson ... 16
2. Reisebegleitung ... 16
   - 2.1 Reisekosten ... 16
   - 2.2 Verdienstausfall ... 17

Datenschutz ... 18

Dauer der Leistung ... 19

1. Allgemeines ... 19
2. Indikationsbezogene Verweildauer (Budget) ... 19

3. Keine Indikationsbezogene Verweildauer (Kein Budget) ... 20
4. Besonderheiten bei ganztägig ambulanter Rehabilitation ... 20
5. Verfahren bei Kinderrehabilitationen ... 20
5.1 Bewilligungsdauer ... 20
5.2 Behandlungsdauer ... 21
5.3 Verlängerung ... 23

Disease-Management-Programm (DMP) ... 24

Diagnoseverschlüsselung nach der ICD ... 26

Eilfälle ... 27
1. Allgemeines ... 27
2. Verschiebung des Aufnahmetermins ... 27

Entlassungsbericht ... 28
1. Aufbau des Entlassungsberichtes ... 28
2. Versand des Entlassungsberichtes ... 28
3. Weitergabe des ärztlichen Entlassungsberichtes ... 28
3.1 Weitergabe an die Rehabilitanden ... 28
3.2 Weitergabe an die Krankenkasse und den MD ... 29
3.3 Weitergabe an sonstige Stellen oder Behörden ... 29
3.4 Weitergabe an weiterbehandelnden Arzt sowie weiterbehandelnde Reha-Einrichtungen oder Therapeuten ... 30
4. Anforderung von Kurzberichten oder Stellungnahmen durch Krankenkassen 30

Entlassungsmitteilung ... 31
1. Weiterleitung der Entlassungsmitteilung ... 31
2. Maschineller Datenaustausch ... 31

Fehlzeiten ... 32
1. Allgemeines ... 32
2. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ... 32
3. Besonderheiten bei Fehltagen aus medizinischen Gründen während einer ganztägig ambulanten Rehabilitation ... 32
4. Hinweise zum Verfahrensablauf bei Fortsetzung/Beendigung der Leistung .. 33
4.1 Krankheitsbedingte Unterbrechung ... 34
4.2 Mitwirkung der Versicherten ... 34
5. Vergütungssatz ... 35

Geltungsdauer von Kostenzusagen ... 37

Hilfsmittel zur Berufsausübung/technische Arbeitshilfen ... 38
1. Höhenverstellbare Schreibtische ... 38
2. Bürostühle ... 38

3. Ergonomische Tastaturen und Mäuse ... 39
4. Orthopädische Fahrzeugsitze ... 39
5. Korrektionsschutzbrillen ... 39
6. Leistungspflicht der Deutschen Rentenversicherung ... 39

Interkurrente Erkrankungen ... 40

1. Zuständigkeit der Rentenversicherung ... 40
2. Zuständigkeit der Krankenversicherung ... 40
3. Vergütungssatz/Bettenfreihaltegebühr ... 40
4. Fahr- oder Transportkosten ... 41
   4.1 Behandlung in einem Krankenhaus am Reha-Ort ... 41
   4.2 Behandlung in einem Krankenhaus am Wohnort ... 41
   4.3 Behandlung in einem Krankenhaus weder am Reha-Ort noch am Wohnort ... 41
   4.4 Ambulante ärztliche Behandlung am Reha-Ort ... 41
5. Zahnbehandlung ... 42

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ... 43

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ... 44

1. Allgemeines ... 44
2. Hinweise zum Verfahrensablauf ... 44

Medikamente ... 45

1. Allgemeines ... 45
2. Kostenübernahme besonders teurer Medikamente ... 45
   2.1 Erstattungsfähige Kosten ... 45
   2.2 Erstattungsfähige Medikamente/Therapien ... 46
3. Hinweise zum Verfahrensablauf ... 46

Nachsorge ... 47

1. Allgemeines ... 47
2. Formen der Nachsorge ... 48
3. Voraussetzungen ... 49
4. Einleitung der Nachsorge ... 49
   4.1 Nachsorgeempfehlung durch die Reha-Einrichtung ... 49
   4.2 Antragstellung durch Versicherte ... 50
5. Beginn der Nachsorge ... 50
6. Nachsorgeeinrichtungen ... 51
7. Dauer der Leistung ... 51
   7.1 Unterbrechungen im Gesamtzeitraum ... 54
   7.2 Abbruch der Nachsorge durch die Einrichtung ... 54
8. Wechsel der Nachsorgeeinrichtung ... 55

9. Höhe der Kosten und Abrechnung ... 55
10. Ergänzende Leistungen bei Durchführung einer Nachsorge ... 56
10.1 Fahrkosten ... 56
10.2 Haushaltshilfe ... 57
10.3 Zuzahlung ... 57
10.4 Unfallversicherungsschutz ... 57

Nichtantritt von Leistungen ... 58

Nichtraucherschutz ... 59

Präventionsleistungen ... 60
1. Allgemeines ... 60
2. Art und Umfang der Leistungen ... 60
3. Fahrkosten ... 61

Qualitätssicherung ... 62

Reisekosten bei ganztägig ambulanten Leistungen ... 65
1. Der Weg wird zu Fuß zurückgelegt ... 65
2. Der Weg wird mit dem Fahrrad zurückgelegt ... 65
3. Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt ... 65
3.1 Regelfall ... 65
3.2 Deutschlandticket ... 66
3.3 Weitere Abonnements (beispielsweise Jahreskarten) ... 66
3.4 Reisekosten bei Streik ... 66
4. Der Weg wird mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) zurückgelegt ... 67
4.1 Höhe der Wegstreckenentschädigung ... 67
4.2 Bestimmung der maßgebenden Entfernung ... 67
4.3 Der Weg wird in einer Fahrgemeinschaft zurückgelegt ... 68

Reisekosten bei stationären Leistungen ... 69
1. Fahrkosten ... 69
1.1 Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt ... 69
1.1.1 Regelfall ... 69
1.1.2 Deutschlandticket ... 70
1.1.3 Reisekosten bei Streik ... 70
1.2 Der Weg wird mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) zurückgelegt ... 71
1.2.1 Bestimmung der maßgebenden Entfernung ... 71
1.2.2 Begrenzung der Wegstreckenentschädigung ... 72
1.3 Der Weg wird mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) und öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt ... 72
1.4 Begleitpersonen ... 73

1.4 1 Fahrkosten bei An-/Abreise mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) ... 73
1.4.2 Fahrkosten bei An-/Abreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln ... 73
1.4.3 Verdienstausfall für Begleitpersonen ... 74
1.5 Krankentransportfahrzeuge/andere Beförderungsmittel ... 74
1.6 Fahrkosten bei einer PKW-Anreise auf eine Insel ... 74
1.7 Gleichzeitige Rehabilitation von Ehepaaren ... 75
2. Kosten des Gepäcktransports ... 75
3. Verpflegungskosten ... 76
4. Fahrkosten für Familienheimfahrten ... 76
4.1 Medizinische Voraussetzungen ... 77
4.2 Anzahl der Familienheimfahrten ... 77
4.3 Besuchsfahrten von Angehörigen ... 77
4.4 Familienheimfahrten für Grenzgänger ... 78

Rehabilitationssport und Funktionstraining ... 79
1. Allgemeines ... 79
2. Hinweise zum Verfahrensablauf ... 79
3. Zugelassene Einrichtungen (Häuserliste) ... 80

Stufenweise Wiedereingliederung ... 81
1. Checkliste (Formular G0833-00) ... 81
2. Voraussetzungen für die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung für eine stufenweise Wiedereingliederung ... 81
2.1 Arbeitsunfähigkeit und medizinische Voraussetzungen ... 82
2.1.1 Kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit ... 82
2.1.2 Medizinische Voraussetzungen ... 82
2.2 Unmittelbarkeit, Beginn und Ende ... 83
2.3 Dauer ... 83
2.4 Formulare ... 84
3. Hinweise zum Verfahrensablauf ... 85

Transport von Rehabilitanden durch das Bayerische Rote Kreuz Neu-Ulm ... 86
1. Allgemeines ... 86
2. Krankentransportverordnung ... 86
3. Hinweise zum Verfahrensablauf ... 87

Überführungskosten ... 88

Unfallversicherung ... 89
1. Rechtsgrundlagen ... 89
1.1 Arbeitsunfall ... 89
1.2 Wegeunfall ... 90
2. Meldung von Unfällen an die Berufsgenossenschaft ... 90

2.1 An welche Stelle ist die Unfallanzeige zu richten? 90
2.2 In welcher Form ist die Unfallanzeige zu erstellen? 90
3. Begleitpersonen 90

Vorgespräch 91

Wechsel der Behandlungsform 92

1. Allgemeines 92
2. Abrechnung 92
3. Hinweise zum Verfahrensablauf 93

Weihnachtsregelung 94

1. Allgemeines 94
2. Stationäre Leistungen 94
3. Ganztägig ambulante Leistungen 94
4. Familienheimfahrten 95
5. Vergütungssatz 95
6. Planung von Aufnahmeterminen 95

Zuzahlung 96

Wesentliche Änderungen 97

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir im Folgenden das generische Maskulinum verwendet. Selbstverständlich richten sich die Ausführungen an alle Geschlechter gleichermaßen.

Abbruch der Leistung

1. Vorzeitige Beendigung aus gesundheitlichen Gründen

Kann die Leistung aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zum vorhergesehenen Ende durchgeführt werden, und beträgt die Unterbrechung mehr als 3 Kalendertage (ausgenommen Krankenhausaufenthalte), so ist die Leistung abzubrechen.

Im Übrigen wird auf die Stichworte „Fehlzeiten" und „Interkurrente Erkrankungen" verwiesen.

2. Vorzeitige Beendigung aus disziplinarischen Gründen

Verstößt der Rehabilitand wiederholt gegen die Anordnungen des (Reha-)Arztes oder gegen die Hausordnung, oder begeht er strafbare Handlungen, kann die Leistung unverzüglich abgebrochen werden.

Der Rehabilitand hat das Recht, Beschwerde einzulegen. Diese hat jedoch keine aufschiebende Wirkung und ist an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben zu richten.

Den Abbruch der Leistung aus disziplinarischen Gründen stellen wir in das Ermessen der ärztlichen Leitung der Reha-Einrichtung.

Nach unserer Auffassung erstreckt sich die Mitwirkungspflicht auf den gesamten Prozess der Rehabilitation, das heißt vom Antritt der Rehabilitation über die Einnahme von Medikamenten bis hin zur Befolgung ärztlicher Instruktionen zum Verhalten. Der Rehabilitand hat die Anordnungen des (Reha-)Arztes zu befolgen und sich so zu verhalten, dass die Rehabilitationsleistung zielorientiert durchgeführt werden kann.

Stellt die Reha-Einrichtung fest, dass ein Rehabilitand nicht ausreichend mitwirkt oder motiviert ist, so ist es zunächst Aufgabe der Reha-Einrichtung an dieser schwankenden Motivation therapeutisch tätig zu werden.

Sollte sich auch nach intensiven Bemühungen der Reha-Einrichtung keine Änderung/Verbesserung der Bereitschaft zur Mitarbeit herstellen lassen, dann soll die Reha-Einrichtung den Rehabilitanden vorzeitig entlassen.

Wichtig ist dann eine entsprechende Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.

3. Vorzeitige Beendigung aus anderen Gründen

Bricht der Rehabilitand selbst die Leistung ab, sind die bekannten Gründe im Entlassungsbericht zu dokumentieren.

4. Hinweise zum Verfahrensablauf

Der Abbruch ist der Deutschen Rentenversicherung Schwaben unverzüglich telefonisch oder per Fax mitzuteilen, um Überzahlungen von Geldleistungen an den Versicherten zu vermeiden.

Bei einem Abbruch der Leistung erhält die Deutsche Rentenversicherung Schwaben eine Entlassungsanzeige.

Bis zum 31.12.2023 ist der zuständigen Krankenkasse ebenfalls eine Entlassungsanzeige zu senden.

Ab dem 01.01.2024 (§ 7 Absatz 2 DÜ-RV) ist dies nicht mehr erforderlich, da nach § 3a Abs. 1 Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung (DÜ-RV) die Krankenkasse für Erwerbstätige mit Anspruch auf Krankengeld die in § 3a Absatz 2 DÜ-RV genannten Geschäftsvorfälle bei der Reha-Einrichtung anfordern kann.

Bei den Angaben auf Blatt 1 des Entlassungsberichtes wird darum gebeten, besonders auf die zutreffende Verschlüsselung der Felder „Entlassungsform“ und „Arbeitsfähigkeit“ zu achten.

Abrechnung des Vergütungssatzes

1. Vereinbarter täglicher Vergütungssatz

Soweit ein fester Vergütungssatz vereinbart wurde und ein maschineller Datenaustausch besteht, wird der für die Gesamtdauer der Leistung zustehende Betrag nach Vorliegen der Entlassungsanzeige maschinell errechnet und überwiesen.

Außerhalb des maschinellen Abrechnungsverfahrens wird der Vergütungssatz auf Rechnung gezahlt. Bei länger andauernden Leistungen sind auch Zwischenabrechnungen möglich.

Sowohl auf der Entlassungsanzeige als auch auf der Rechnung sind Unterbrechungszeiträume, für die kein Vergütungssatz anfällt, gesondert aufzuführen und besonders zu kennzeichnen.

Unabhängig davon sind Unterbrechungstatbestände unverzüglich mitzuteilen.

Verauslagte Reisekosten (beispielsweise Fahrkosten, Verpflegungsgelder) müssen auf der Entlassungsanzeige oder der manuellen Rechnung gesondert ausgewiesen und Belege beigefügt sein.

2. Begleitpersonen

Sofern die Deutsche Rentenversicherung Schwaben für die Dauer der Leistung eine Begleitperson (beispielsweise ein **Begleitkind**) genehmigt hat, werden die Kosten auf Rechnung gezahlt.

3. Besonders teure Medikamente

Besonders teure Medikamente, deren Einsatz während einer von der gesetzlichen Rentenversicherung bewilligten Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, werden auf Basis einer Handlungsempfehlung der Deutschen Rentenversicherung separat erstattet.

Die Konditionen und der Verfahrensablauf zur Kostenerstattung sind im Stichwort „Medikamente" ausführlich beschrieben.

Anschlussrehabilitation (AHB)

1. Allgemeines

Die AHB-Vereinbarung in der Fassung vom 01.01.2007 wird von den bayerischen Regionalträgern im Verhältnis zu den bayerischen Krankenkassen, mit Ausnahme des Landesverbands der Ersatzkassen und der Knappschaft (Krankenkasse), angewandt.

2. Hinweise zum Verfahrensablauf

Der Arzt im Krankenhaus stellt die medizinische Notwendigkeit und die Eignung des Rehabilitanden für eine Anschlussrehabilitation fest.

Der Versicherte wird vom Krankenhaus über die Bedeutung einer Anschlussrehabilitation und deren Durchführung informiert.

Ist der Versicherte mit der vorgesehenen Anschlussrehabilitation einverstanden, wird der AHB-Befundbericht vom Krankenhaus frühestmöglich vor der geplanten Entlassung beziehungsweise unmittelbar nach der ambulanten Operation erstellt und zusammen mit dem vom Versicherten unterschriebenen AHB-Antrag der Deutschen Rentenversicherung Schwaben zugefaxt beziehungsweise übersandt.

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben

- prüft das Vorliegen der versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen, bestimmt die AHB-Klinik und legt, soweit möglich, mit ihr telefonisch den Aufnahmetermin fest,

- unterrichtet über das Krankenhaus den Versicherten per Fax über die Entscheidung und den Aufnahmetermin,

- erteilt dem Versicherten den Bescheid über die Anschlussrehabilitation und benachrichtigt gleichzeitig die Reha-Einrichtung und die gesetzliche Krankenkasse.

Grundsätzlich soll die Anschlussrehabilitation nahtlos an die Krankenhausbehandlung anschließen.

Eine aus medizinischer Sicht unschädliche Unterbrechung zwischen Krankenhausentlassung und Aufnahme in die Reha-Einrichtung soll grundsätzlich nicht mehr als 14 Tage betragen.

3. Transport von Rehabilitanden

Der Transport von AHB-Rehabilitanden vom Krankenhaus zur Reha-Einrichtung mit Krankentransportwagen ist von der Reha-Einrichtung zu organisieren.

Zur Übernahme von Transport- und Fahrkosten wird auf die Stichworte „Transport von Rehabilitanden durch das Bayerische Rote Kreuz Neu-Ulm“ und „Reisekosten bei stationären Leistungen“ verwiesen.

Aufnahme

1. Allgemeines

Versicherte, deren Kostenzusage mit „Eilfall“ gekennzeichnet ist, sollen möglichst kurzfristig aufgenommen werden. Ergänzend wird auf das Stichwort „Eilfälle“ verwiesen.

Bei Anschlussrehabilitationen vereinbaren wir mit Ihnen telefonisch einen Aufnahmetermin.

2. Verschieben des Aufnahmetermins (keine Eilfälle)

Über Anträge, den Aufnahmetermin zu verschieben, kann im Rahmen der Geltungsdauer der Kostenzusage, ohne Einschaltung der Deutschen Rentenversicherung Schwaben, frei entschieden werden.

Den Antrag, einen Aufnahmetermin zu verschieben, können nur Versicherte selbst stellen. Wünschen Arbeitgeber oder andere Sozialleistungsträger eine Verschiebung, ist die Zustimmung unseres Versicherten erforderlich.

Soll die Aufnahme auf Wunsch des Versicherten außerhalb der Geltungsdauer des Bewilligungsbescheides erfolgen, sind die Versicherten an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben zu verweisen. Ergänzend wird auf das Stichwort „Geltungsdauer von Kostenzusagen“ verwiesen.

3. Verschieben des Aufnahmetermins bei sogenannten Eilfällen

Der Aufnahmetermin kann nur nach vorheriger Zustimmung der Deutschen Rentenversicherung Schwaben verschoben werden.

4. Besonderheiten bei ganztägig ambulanten Reha-Leistungen

Die Versicherten sind im Aufnahmegespräch darauf hinzuweisen, dass bereits ab dem 1. Tag einer akuten Erkrankung eine ärztliche Bescheinigung erforderlich ist.

Die Folgen und Verfahrensweisen bei

- krankheitsbedingten Unterbrechungen sind im Stichwort „Interkurrente Erkrankung“
- unentschuldigten Fehltagen sind im Stichwort „Fehlzeiten“

beschrieben.

Aufnahmeanzeige

1. Weiterleitung der Aufnahmeanzeige

Ein Exemplar der Aufnahmeanzeige ist unverzüglich nach Aufnahme des Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Schwaben zu übersenden, weil erst dann die Zahlung des Übergansgeldes an den Versicherten veranlasst werden kann.

Es wird darum gebeten, die an uns gerichtete Aufnahmeanzeige für gegebenenfalls erforderliche Rückfragen stets mit dem Stempel der Reha-Einrichtung zu versehen.

Das zweite Exemplar ist bis zum 31.12.2023 an die zuständige Krankenkasse zu senden, die damit ebenfalls über den Beginn der Leistung informiert wird.

Ab dem 01.01.2024 (§ 7 Absatz 2 DÜ-RV) ist dies nicht mehr erforderlich, da nach § 3a Abs. 1 Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung (DÜ-RV) die Krankenkasse für Erwerbstätige mit Anspruch auf Krankengeld die in § 3a Absatz 2 DÜ-RV genannten Geschäftsvorfälle bei der Reha-Einrichtung anfordern kann.

2. Besonderheiten bei Anschlussrehabilitationen (AHB)

Bei Anschlussrehabilitationen ist zu beachten, dass in die Aufnahmeanzeige zusätzlich der Tag der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus einzutragen ist.

3. Maschineller Datenaustausch

Reha-Einrichtungen, die am maschinellen Datenaustausch teilnehmen, übermitteln den Aufnahmetag elektronisch. Ein zusätzlicher Versand der Aufnahmeanzeige auf Papier an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben ist nicht erforderlich.

Begleitpersonen

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben übernimmt die Kosten für

- eine für die gesamte Dauer oder einzelne Tage der Leistung im Einzelfall erforderliche Begleitperson (**Dauerbegleitung**) oder

- eine Begleitperson anlässlich der An-/Abreise zur Reha-Einrichtung, wenn dies aufgrund Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist (**Reisebegleitung**).

1. Dauerbegleitung

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben genehmigt mit dem Bewilligungsbescheid über die Leistung zur medizinischen Rehabilitation auch die gegebenenfalls erforderliche Dauerbegleitperson. Die Kostenzusage enthält dann einen entsprechenden Hinweis.

Neben den Reisekosten und einem eventuell entstehenden Verdienstausfall werden auch die notwendigen Kosten für die Unterbringung in der Reha-Einrichtung übernommen.

Auf das Stichwort „Abrechnung des Vergütungssatzes“ wird verwiesen.

1.1 Erwachsene als Begleitperson

1.1.1 Reisekosten

Die erforderlichen Reisekosten werden von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben übernommen. Zur Höhe der Reisekosten wird auf das Stichwort „Reisekosten bei stationären Leistungen“ verwiesen.

1.1.2 Verdienstausfall

Auf Antrag des Versicherten wird einer erforderlichen Begleitperson während der Durchführung einer stationären Leistung zur Teilhabe oder einer Kinderrehabilitation der entstandene Verdienstausfall erstattet, sofern kein Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts besteht.

Begleitpersonen, die arbeitslos sind, haben die Möglichkeit, die Weiterzahlung der Leistung bei der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter für maximal 3 Wochen zu beantragen. Für diesen Zeitraum besteht auch Krankenversicherungsschutz.

Abrechnung und Auszahlung eines geltend gemachten Verdienstausfalls der Begleitperson nimmt die Deutsche Rentenversicherung Schwaben selbst vor.

1.2 Kinder als Begleitperson

Kinder können als Begleitperson für die gesamte Dauer einer Leistung aufgenommen werden, wenn dies von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben im Vorfeld genehmigt wurde. Dies kommt in Betracht, bei

- erwachsenen Rehabilitanden, die ihre Kinder für die Dauer der Leistung anstatt einer der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe mitnehmen,

- Kinderrehabilitationen, bei denen neben der erwachsenen Begleitperson zusätzlich Geschwister des behandlungsbedürftigen Kindes mit aufzunehmen sind, weil deren Versorgung zu Hause nicht gewährleistet ist (zum Beispiel bei Alleinerziehenden).

Die anfallenden Kosten für Unterbringung und Verpflegung in der Reha-Einrichtung können bis zum täglichen Höchstsatz der Haushaltshilfe gemäß § 74 SGB IX übernommen werden.

Zur Übernahme und Höhe von eventuell zusätzlich anfallenden Reisekosten wird auf das Stichwort „Reisekosten bei stationären Leistungen“ verwiesen.

2. Reisebegleitung

2.1 Reisekosten

Der Arzt der Reha-Einrichtung kann in Einzelfällen die Notwendigkeit einer Begleitperson für die Anreise und Abreise bestätigen.

Bei Anschlussrehabilitationen entscheidet der sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Schwaben, ob für die Anreise in die Reha-Einrichtung eine Begleitperson erforderlich ist. Die Reha-Einrichtung und der Rehabilitand beziehungsweise das Akuthaus erhalten eine entsprechende Mitteilung.

Bei der Auswahl der geeigneten Transportart (sitzend oder liegend) für Rehabilitanden, die mit dem BRK Neu-Ulm anreisen, kann es vereinzelt Unstimmigkeiten geben, die teilweise auch Beschwerden von Versicherten nach sich ziehen. Es wird deshalb darum gebeten, bei der Aufnahme eines AHB-Patienten, dessen Anreise mit einem Sitzendtransport vorgesehen ist, mit der Akutklinik Kontakt aufzunehmen, ob dieser Transport auch bei der dann bekannten Entfernung zur Reha-Einrichtung möglich ist und die Aussage im Befundbericht weiterhin gültig ist.

Bei Kinderheilbehandlungen werden die Kosten für 1 Reisebegleitung grundsätzlich bis zum vollendeten 15. Lebensjahr auch ohne gesonderte Zustimmung der Deutschen Rentenversicherung Schwaben übernommen.

Zur Übernahme und Höhe der Reisekosten wird auf das Stichwort „Reisekosten bei stationären Leistungen“ verwiesen.

2.2 Verdienstausfall

Der erforderlichen Begleitperson wird auf Antrag des Versicherten der nachgewiesene Netto-Verdienstausfall erstattet, sofern kein Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts bestand.

Abrechnung und Auszahlung eines eventuell geltend gemachten Verdienstausfalls der Begleitperson nimmt die Deutsche Rentenversicherung Schwaben selbst vor.

Datenschutz

Zur Durchführung von Leistungen übermittelt die Deutsche Rentenversicherung Schwaben bestimmte personenbezogene Daten der Versicherten, die dem Datenschutz unterliegen.

Darunter fallen auch die Angaben über die gesundheitlichen Verhältnisse, die besonders schutzwürdige Daten sind. Sie dürfen nur von den Ärzten, Psychologen oder vergleichbaren Personengruppen eingesehen und verwendet werden.

Unbefugte dürfen keine Kenntnisse von diesen medizinischen Sachverhalten erlangen.

Die Sozialdaten unterliegen bei den Reha-Einrichtungen einer strengen Zweckbindung. Die Daten sind dort in gleichem Umfang wie bei der Deutschen Rentenversicherung Schwaben selbst geheim zu halten. Die Reha-Einrichtungen dürfen die übermittelten Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie die Daten erhalten haben. Der Zweck liegt in der vertragsgemäßen Durchführung der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation einschließlich der Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichtes für die Rentenversicherung als Instrument für die weitere Steuerung des Rehabilitationsprozesses oder der Prüfung von Rentenleistungen.

Gegenüber Dritten besteht keine Auskunftspflicht, keine Zeugnispflicht und keine Pflicht zur Vorlegung oder Auslieferung von Schriftstücken, Akten, Dateien oder sonstigen Datenträgern.

Ergänzend bitten wir die „Empfehlung für den Datenschutz in Rehabilitationseinrichtungen, die für die Deutsche Rentenversicherung vertraglich tätig sind“, zu beachten.

Diese kann in der jeweils aktuellen Version auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung heruntergeladen werden.

Zum Verfahren bei der Übersendung des Entlassungsberichtes wird auf die Ausführungen im Stichwort „Entlassungsbericht“ verwiesen.

Dauer der Leistung

1. Allgemeines

Die voraussichtliche Behandlungsdauer wird im Bescheid an den Versicherten und in der Kostenzusage für die Reha-Einrichtung festgelegt.

Einrichtungen, mit denen eine indikationsbezogene Verweildauer (Budget) vereinbart wurde, können eigenverantwortlich die Behandlungsdauer für die Versicherten verlängern oder verkürzen.

Im (Jahres-) Durchschnitt darf das festgelegte - gegebenenfalls indikationsbezogene - zeitliche Budget jedoch nicht überschritten werden.

2. Indikationsbezogene Verweildauer (Budget)

Verlängerungen müssen nicht beantragt werden (ausgenommen Kombinationsbehandlungen). Die Rehabilitationseinrichtung kann über notwendige medizinische Verlängerungen eigenverantwortlich entscheiden.

Die Verlängerung ist jedoch zwingend mit dem Formular 7446 oder im Rahmen des Datenaustausches gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Schwaben wegen der Zahlung des Übergangsgeldes und gegenüber der Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Dem Versicherten ist von der Rehabilitationseinrichtung eine Bescheinigung über die Verlängerung zur Vorlage beim Arbeitgeber nach § 9 EFZG (Bestandteil des Formulars 7446) auszuhändigen.

Abweichungen von der in der Kostenzusage vorgegebenen Behandlungsdauer sind von den Rehabilitationseinrichtungen im Entlassungsbericht zu begründen (Verlängerungen wie auch Verkürzungen).

Ergeben sich im Einzelfall Anhaltspunkte für die Erforderlichkeit einer Überprüfung der Verlängerung - beispielsweise bei mehrmaligen Verlängerungen - kann im Einzelfall von der Rehabilitationseinrichtung eine Begründung für die Verlängerung angefordert werden.

<u>Wegfall der persönlichen Voraussetzungen während der Behandlungsdauer:</u>
Liegen die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI (positive Erwerbsprognose) nicht mehr vor, endet die Reha-Leistung zu Lasten der Rentenversicherung mit Ablauf der in der Kostenzusage vorgegebenen Behandlungsdauer. Die Leistung kann <u>nicht</u> innerhalb des zeitlichen Budgets verlängert werden.

Sollte nach ärztlicher Feststellung eine Fortführung (Verlängerung) der Leistung erforderlich sein, ist bei der Krankenkasse des Versicherten eine Anschlussfinanzierung zu beantragen.

3. Keine Indikationsbezogene Verweildauer (Kein Budget)

Jede Verlängerung, die über den in der Kostenzusage vorgesehenen Zeitraum hinausgeht, ist zu beantragen.

4. Besonderheiten bei ganztägig ambulanter Rehabilitation

Fallen Therapietage wegen Feiertagen, einem unentschuldigten oder entschuldigten Fehltag aus, so können diese von den Einrichtungen auch innerhalb der regulären Therapiedauer an Samstagen nachgeholt werden.

5. Verfahren bei Kinderrehabilitationen

5.1 Bewilligungsdauer

Die Bewilligungsdauer ist die im Bescheid angegebene Dauer für die bewilligte Rehabilitation (sog. bewilligte Behandlungsdauer).

Die bisherigen indikationsspezifischen Bewilligungsdauern wurden zum 01.07.2023 ersetzt durch fachabteilungsbezogene Bewilligungsdauern. Die fachabteilungsbezogenen Bewilligungsdauern sind - getrennt nach begleiteter und unbegleiteter Kinder- und Jugendlichenrehabilitation - einheitlich für die Rentenversicherung festgelegt.

Für die stationäre und ganztägig ambulante Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sind folgende fachabteilungsbezogene Bewilligungsdauern festgelegt:

Fachabteilungsschlüssel (FASC)		Bewilligungsdauer in Wochen
1000	Pädiatrie, alleinreisend	4
1090	Pädiatrie, begleitet	4
1006	Pädiatrie Endokrinologie, alleinreisend	4
1008	Pädiatrie Endokrinologie, begleitet	4
1010	Pädiatrie Psychosomatik, alleinreisend	6
1011	Pädiatrie Psychosomatik, begleitet	4
1014	Pädiatrie Lungen- und Bronchialheilkunde, alleinreisend	4
1015	Pädiatrie Lungen- und Bronchialheilkunde, begleitet	4
1020	Pädiatrie Sprach- und Sprechstörungen, alleinreisend	4
1021	Pädiatrie Sprach- und Sprechstörungen, begleitet	4
1028	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie, alleinreisend	6
1029	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie, begleitet	4
1030	Pädiatrie Abhängigkeitserkrankungen, alleinreisend	*)
1031	Pädiatrie Abhängigkeitserkrankungen, begleitet	**)

1040	Pädiatrie Psychiatrische Jugendrehabilitation (PJR), alleinreisend	*)
1041	Pädiatrie Psychiatrische Jugendrehabilitation (PJR), begleitet	**)

*) Da aufgrund der geringen Fallzahlen Erfahrungen im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen bzw. der PJR fehlen, wird für eine Übergangszeit die Bewilligungsdauer unter Berücksichtigung des jeweiligen Einzelfalls und der im medizinischen Konzept der Rehabilitationseinrichtung genannten Behandlungsdauer festgelegt. Sobald entsprechende Erfahrungswerte vorliegen, sollen einheitliche fachabteilungsbezogene Bewilligungsdauern festgelegt werden.

**) Diese Leistungen werden - aufgrund des Alters der Kinder und der längeren Rehabilitationsdauer - grundsätzlich unbegleitet durchgeführt. Sollte in Einzelfällen eine solche Leistung zu bewilligen sein, wird die Bewilligungsdauern unter Berücksichtigung des medizinischen Konzepts der Rehabilitationseinrichtung festgelegt.

5.2 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer ist die Dauer, in welcher der Rehabilitand an der Rehabilitation teilnimmt.

Für den Bereich der stationären Kinder- und Jugendlichenrehabilitation wurden zum 01.07.2023 die indikationsspezifischen Richtwerte durch fachabteilungsbezogene Richtwerte ersetzt. Die fachabteilungsbezogenen Richtwerte sind einheitlich für alle Rehabilitationseinrichtungen festgelegt. Die Festlegung erfolgt getrennt nach begleiteter und unbegleiteter Kinder- und Jugendlichenrehabilitation.

Für die stationäre Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sind folgende fachabteilungsbezogene Richtwerte festgelegt:

Fachabteilungsschlüssel (FASC)		**Richtwert in Tagen**
1000	Pädiatrie, alleinreisend	*)
1090	Pädiatrie, begleitet	*)
1006	Pädiatrie Endokrinologie, alleinreisend	33
1008	Pädiatrie Endokrinologie, begleitet	30
1010	Pädiatrie Psychosomatik, alleinreisend	40
1011	Pädiatrie Psychosomatik, begleitet	33
1014	Pädiatrie Lungen- und Bronchialheilkunde, alleinreisend	33
1015	Pädiatrie Lungen- und Bronchialheilkunde, begleitet	30
1020	Pädiatrie Sprach- und Sprechstörungen, alleinreisend	33

1021	Pädiatrie Sprach- und Sprechstörungen, begleitet	30
1028	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie, alleinreisend	40
1029	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie, begleitet	33
1030	Pädiatrie Abhängigkeitserkrankungen, alleinreisend	240
1031	Pädiatrie Abhängigkeitserkrankungen, begleitet	**)
1040	Pädiatrie Psychiatrische Jugendrehabilitation (PJR), alleinreisend	***)
1041	Pädiatrie Psychiatrische Jugendrehabilitation (PJR), begleitet	**)

*) Die Festlegung erfolgt in Absprache mit der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung. Sobald entsprechende Erfahrungswerte vorliegen, werden - nach Möglichkeit - einheitliche Richtwerte festgelegt.

**) Da die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen beziehungsweise die PJR grundsätzlich unbegleitet durchgeführt wird, werden für diese Fachabteilungen keine Richtwerte für die begleitete Kinderrehabilitation festgelegt.

***) Die Festlegung erfolgt in Absprache mit der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung.

Die Richtwerte stellen die fachabteilungsbezogene Obergrenze für die durchschnittliche Behandlungsdauer bei der Durchführung einer Rehabilitationsleistung dar. Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Leistungen in der Fachabteilung soll den Richtwert innerhalb eines Jahres nicht überschreiten.

Den Rehabilitationseinrichtungen steht damit ein fachabteilungsbezogenes Budget an Behandlungstagen zur Verfügung, welches ihnen ermöglicht, die Verweildauern einzelner Leistungen zu verkürzen oder zu verlängern (sog. fachabteilungsbezogenes Verweildauerbudget).

Für den Bereich der ganztägig ambulanten Kinder- und Jugendlichenrehabilitation werden zum jetzigen Zeitpunkt keine fachabteilungsbezogenen Richtwerte für die begleitete und unbegleitete Kinder- und Jugendlichenrehabilitation festgelegt.

Die in Bezug auf die fachabteilungsbezogenen Bewilligungsdauern und Richtwerte getroffenen Festlegungen werden zu gegebener Zeit überprüft und gegebenenfalls angepasst.

5.3 Verlängerung

Die Rehabilitationseinrichtung kann die tatsächliche Behandlungsdauer im konkreten Einzelfall im Rahmen des fachabteilungsbezogenen Verweildauerbudgets eigenständig gestalten.

Verlängerungsanträge sind nicht zu stellen.

Die Verlängerung ist gegenüber dem Kostenträger im Rahmen des Datenaustauschs nach § 301 SGB V anzuzeigen. Die Verlängerung ist im Entlassungsbericht nur dann zu begründen, wenn die

- begleitete stationäre oder ganztägig ambulante Kinder- und Jugendlichenrehabilitation länger als 5 Wochen beziehungsweise

- unbegleitete stationäre oder ganztägig ambulante Kinder- und Jugendlichenrehabilitation länger als 6 Wochen

dauert.

Disease-Management-Programm (DMP)

Zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen wurden die Disease-Management-Programme (DMPs) eingeführt. Es gibt die sogenannten DMPs für die Indikationen

- Diabetes mellitus Typ 2
- Diabetes mellitus Typ 1
- Brustkrebs
- Koronare Herzerkrankungen (KHK), einschließlich Modul "Chronische Herzinsuffizienz"
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma Bronchiale)

Ziel der Programme ist die Behandlung chronisch kranker Menschen nach gleichen, abgestimmten medizinischen Standards über den gesamten Verlauf der Krankheit hinweg. Dies gilt leistungsübergreifend und sektorübergreifend, auch für die Rehabilitation.

Die Rehabilitation ist ihrem Stellenwert bei chronischen Krankheiten entsprechend in den Verordnungen zu DMPs erwähnt. Damit die DMP-Teilnehmer unabhängig von der Kostenträgerschaft nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden, haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung eine gemeinsame Erklärung zur Einbindung der medizinischen Rehabilitation in die DMPs während der Durchführung der Leistungen abgeschlossen.

Die Rentenversicherung hat danach sicherzustellen, dass DMP-Rehabilitanden nur in solchen Reha-Einrichtungen versorgt werden, welche die in der Risikostruktur-Ausgleichsversorgung (RSAV) bezeichneten medizinischen Grundlagen der strukturierten Behandlungsprogramme beachten.

Wir gehen davon aus, dass alle Einrichtungen, in denen die Deutsche Rentenversicherung Schwaben Reha-Leistungen durchführt, die Anforderungen und Ziele der DMPs berücksichtigen können.

Es ist unser gemeinsames Interesse, eine Behandlungskontinuität für Rehabilitanden, die in Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, zu gewährleisten. Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien sind gesetzlich festgeschrieben.

Die bisherigen Zugangswege zu Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger bleiben unberührt. Die behandelnden Ärzte der Versicherten werden gebeten, bei der Antragstellung die DMP-Dokumentationsbögen zur Verfügung zu stellen. Ebenso bittet die Deutsche Rentenversicherung Schwaben die Versicherten, bei der Aufnahme in der Reha-Einrichtung die DMP-Dokumentationsbogen vorzulegen. So ist sichergestellt, dass alle notwendigen Informationen vorliegen.

Um einen reibungslosen Informationsfluss und die Behandlungskontinuität zu gewährleisten

- ist bei der Anamnese bereits nach einer eventuellen Teilnahme an DMPs zu fragen und die Adresse des DMP koordinierenden Arztes zu notieren,

- sind während der Rehabilitation die Vorgaben der DMP Programme zu berücksichtigen, insbesondere die Vorschriften zur Arzneimitteltherapie, beziehungsweise falls davon aus medizinischen Gründen abgewichen werden muss, dies im Entlassungsbericht gesondert zu begründen (die Therapiefreiheit im Einzelfall wird nicht eingeschränkt),

- ist zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität der Entlassungsbericht mit Einverständnis des Versicherten dem DMP koordinierenden Arzt zu übersenden.

Diagnoseverschlüsselung nach der ICD

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) wird weltweit zur Verschlüsselung eingesetzt.

Die jeweils aktuelle Version ist zu verwenden. Diese kann unter www.dimdi.de heruntergeladen werden.

Die Veröffentlichung der deutschen Ausgabe (GM: German modification) und deren verbindlicher Einsatz in der Bundesrepublik Deutschland werden vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) realisiert.

Eilfälle

1. Allgemeines

Ist ein Rehabilitand bevorzugt aufzunehmen, wird der Bewilligungsbescheid dem Aufdruck „Eilfall“ versehen.

Eine Kennzeichnung mit „Eilfall“ erfolgt in der Regel bei

- arbeitsunfähigen Rehabilitanden, die aktuell Krankengeld beziehen,
- Leistungen zur Teilhabe im Rentenverfahren,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden.

In Eilfällen muss die Rehabilitation zum nächstmöglichen Zeitpunkt beginnen, insbesondere auch bei kurzfristiger Absage eines anderen Rehabilitanden.

Vorwiegend bei arbeitsunfähigen Rehabilitanden wird die Leistung als Eilfall eingestuft. Lange Aufnahmewartezeiten belasten unnötig die Krankenkassen, wenn Krankengeld gezahlt wird.

2. Verschiebung des Aufnahmetermins

Anträge auf Verschiebung des Aufnahmetermins dürfen in Eilfällen von der Reha-Einrichtung nicht genehmigt werden.

Ein Verschieben des Aufnahmetermins ist nur nach vorheriger Zustimmung der Deutschen Rentenversicherung Schwaben zulässig. Die Rehabilitanden sind in solchen Fällen an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben zu verweisen.

Entlassungsbericht

1. Aufbau des Entlassungsberichtes

Der Leitfaden zum Reha-Entlassungsbericht beschreibt die Anforderungen, die an den Entlassungsbericht gestellt werden. Er informiert darüber hinaus, wie die Berichterstattung inhaltlich zu strukturieren ist und welche Regeln für die sozialmedizinische Dokumentation gelten. Dieser kann in der aktuellen Version auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung heruntergeladen werden.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass dem Feld „Krankheitsursache“ auf Blatt 1 des Entlassungsberichtes eine besondere Bedeutung zukommt. Das Feld ist mit „3“ zu verschlüsseln, wenn ein Kausalzusammenhang zwischen der maßgeblichen Erkrankung und einem Unfallereignis hergestellt werden kann. Diese Angabe ist für die Deutsche Rentenversicherung Schwaben das Signal, Erstattungsansprüche oder Regressansprüche gegen Unfallverursacher zu prüfen.

2. Versand des Entlassungsberichtes

Aus dem ärztlichen Entlassungsbericht werden sowohl Schlussfolgerungen für nachfolgende Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (beispielsweise Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Umdeutung des Reha-Antrages in einen Rentenantrag) als auch für die Weiterbehandlung des Rehabilitanden durch den behandelnden Arzt am Wohnort gezogen. Der ärztliche Entlassungsbericht ist deshalb unverzüglich, das heißt innerhalb von maximal 14 Tagen nach der Entlassung der Rehabilitanden zu übersenden.

3. Weitergabe des ärztlichen Entlassungsberichtes

Es wird darum gebeten, in diesem Zusammenhang auch Ziffer 2 unserer „Empfehlungen für den Datenschutz in Rehabilitationseinrichtungen, die für die Deutsche Rentenversicherung vertraglich tätig sind“ zu beachten. Diese können in der jeweils aktuellen Version auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung Schwaben heruntergeladen werden.

3.1 Weitergabe an die Rehabilitanden

Die Deutsche Rentenversicherung hat beschlossen, dass der Reha-Entlassungsbericht durch die Reha-Klinik regelhaft an die Versicherten weitergegeben werden soll.

Ausnahme: In sehr seltenen Fällen kann es Probleme geben, wenn Rehabilitanden mit einzelnen Inhalten ihres Entlassungsberichtes konfrontiert werden. In diesen Fällen muss die Ausnahme von der Regel, also der Verzicht auf die Aushändigung des Entlassungsberichtes in den Unterlagen begründet und dokumentiert werden.

3.2 Weitergabe an die Krankenkasse und den MD

Aus datenschutzrechtlicher Sicht darf der Krankenkasse oder dem MD das **Blatt 1** des Entlassungsberichtes auf Anforderung übermittelt werden, wenn der Versicherte hierzu schriftlich zustimmt. Es ist ausreichend, wenn die Krankenkasse bestätigt, dass eine schriftliche Einverständniserklärung des Versicherten vorliegt. Eine Vorlage dieser Erklärung ist nicht erforderlich.

Der GKV-Spitzenverband hat ein Verfahren konzipiert, das über ein elektronisches Mitteilungsmanagement (MiMa) die Kommunikation der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes (MD) regelt. Hierfür wurde der "Weiterleitungsbogen" – Muster 86 entwickelt. Im Muster 86 wird von den Krankenkassen neben den versichertenbezogenen Daten auch die Adresse des MD im Adressfeld vorgegeben. Die Entlassungsberichte sind daher mit dem Muster 86 direkt an die darin vorgegebene Adresse des MD zu versenden. Eine Weitergabe der Anforderungen an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben ist nicht erforderlich. Hierzu ist es ebenfalls ausreichend, wenn die für den MD anfordernde Krankenkasse mit dem Anforderungsschreiben bestätigt, dass ihr eine Einwilligungserklärung des Betroffenen vorliege. Die Krankenkasse trägt hier die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben in ihrem Anforderungsschreiben.

Darüber hinaus kann bei Anfragen der Krankenkasse auf Übersendung des Entlassungsberichtes direkt an den Versicherten verwiesen werden.

Ausnahme: In den seltenen Ausnahmefällen, in denen auf die Übersendung des Entlassungsberichtes an den Versicherten verzichtet wurde, kann der Entlassungsbericht unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen direkt an die anfragende Stelle übersendet werden.

Für eine individuelle Beratung und Hilfestellung der Versicherten durch die Krankenkasse nach § 44 Abs. 4 i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 SGB V darf der **vollständige** Reha-Entlassungsbericht an die zuständige Krankenkasse übermittelt werden, wenn der Betroffene hierzu sein Einverständnis erklärt hat. Hierzu ist es ebenfalls ausreichend, wenn die Krankenkasse bestätigt, dass eine schriftliche Einverständniserklärung des Versicherten vorliegt. Eine Vorlage dieser Erklärung ist nicht erforderlich.

3.3 Weitergabe an sonstige Stellen oder Behörden

Anfragen zur Übersendung des vollständigen Reha-Entlassungsberichtes von sonstigen Stellen (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Zentrum Bayern Familie und Soziales – Versorgungsamt -, Sozialgericht) dürfen von Ihnen beantwortet werden, wenn der Versicherte hierzu schriftlich zugestimmt hat. Es ist ausreichend, wenn die anfordernde Stelle bestätigt, dass eine schriftliche Einverständniserklärung des Versicherten vorliegt. Eine Vorlage dieser Erklärung ist nicht erforderlich.

Darüber hinaus kann bei Anfragen von sonstigen Stellen auf Übersendung des Entlassungsberichtes direkt an den Versicherten verwiesen werden.

Ausnahme: In den seltenen Ausnahmefällen, in denen auf die Übersendung des Entlassungsberichtes an den Versicherten verzichtet wurde, kann der Entlassungsbericht unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen direkt an die anfragende Stelle übersendet werden.

3.4 Weitergabe an weiterbehandelnden Arzt sowie weiterbehandelnde Reha-Einrichtungen oder Therapeuten

Der Informationsaustausch auf kollegialer Ebene zwischen Ärzten, Reha-Einrichtungen, Therapeuten oder Beratungsstellen soll nicht behindert werden.

Der vollständige Entlassungsbericht kann daher diesen Stellen zugesendet werden, sofern die Einverständniserklärung des Versicherten (Formular G0821-00) oder bei Kinderrehabilitationen die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten beziehungsweise des Jugendlichen (ab Vollendung des 15. Lebensjahres) vorliegt (Formular G0823-00).

4. Anforderung von Kurzberichten oder Stellungnahmen durch Krankenkassen

Anfragen von Krankenkassen, die sich auf den Gesundheitszustand eines Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Schwaben beziehen, bitten wir nicht zu beantworten, weil derartige Anfragen teilweise auf den Inhalt des vollständigen Entlassungsberichtes zielen.

Fragen zum Leistungsvermögen des Versicherten dürfen generell nicht beantwortet werden. Diese Angaben, wie auch die im ausführlichen Teil des Entlassungsberichtes enthalten Informationen, dürfen nur dem Medizinischen Dienst (MD) der Krankenkassen zugeleitet werden.

Auskünfte dürfen an Krankenkassen bei Vorliegen einer Einverständniserklärung nur insoweit erteilt werden, als sie dem Inhalt von Blatt 1 des Entlassungsberichtes entsprechen. Hier empfiehlt es sich dann allerdings, Blatt 1 des Entlassungsberichtes zu übersenden.

Entlassungsmitteilung

1. Weiterleitung der Entlassungsmitteilung

Ein Exemplar der Entlassungsmitteilung ist unverzüglich nach Entlassung des Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Schwaben zu übersenden, weil erst dann die Schlusszahlung des Übergangsgeldes an den Versicherten veranlasst werden kann.

Es wird darum gebeten, die Entlassungsmitteilung für gegebenenfalls erforderliche Rückfragen stets mit dem Stempel der Reha-Einrichtung zu versehen.

Bis zum 31.12.2023 ist der zuständigen Krankenkasse ebenfalls auf Papier eine Entlassungsanzeige zu senden.

Ab dem 01.01.2024 (§ 7 Absatz 2 DÜ-RV) ist dies nicht mehr erforderlich, da nach § 3a Abs. 1 Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung (DÜ-RV) die Krankenkasse für Erwerbstätige mit Anspruch auf Krankengeld die in § 3a Absatz 2 DÜ-RV genannten Geschäftsvorfälle bei der Reha-Einrichtung anfordern kann.

2. Maschineller Datenaustausch

Reha-Einrichtungen, die am maschinellen Datenaustausch teilnehmen, übermitteln den Entlassungstag elektronisch. Ein zusätzlicher Versand der Entlassungsmitteilung auf Papier an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben ist nicht erforderlich.

Fehlzeiten

1. Allgemeines

Die Rentenversicherungsträger haben sich auf einheitliche Regelungen zum Umgang mit Fehlzeiten von Rehabilitanden während der Durchführung

- stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (hier abrufbar) und
- ganztägig ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (hier abrufbar)

verständigt.

Diese Regelungen und die dort beschriebenen Nachweispflichten sind verbindlich. Je nach Fallkonstellation besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld für die Fehlzeit.

2. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Seit 01.01.2023 können Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihrer Beschäftigten digital bei den Krankenkassen abrufen (elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, eAU).

Die Rehabilitationseinrichtungen und die Rehabilitationsträger sind derzeit nicht von diesem Verfahren betroffen. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen Ihnen die Rehabilitanden die Arbeitsunfähigkeit deshalb weiterhin in Papierform nachweisen. Wir weisen diesbezüglich darauf hin, dass die eine Arbeitsunfähigkeit feststellenden Ärzte auch bei Nutzung des eAU-Verfahrens angehalten sind, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung den Patienten in Papierform auszustellen. Die Rehabilitanden sind somit in der Lage, Ihnen einen Nachweis vorzulegen.

3. Besonderheiten bei Fehltagen aus medizinischen Gründen während einer ganztägig ambulanten Rehabilitation

Bei ganztägig ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen die Versicherten **ausnahmslos** ab dem ersten Tag der krankheitsbedingten Unterbrechung eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegen, da ansonsten die Unterbrechung als unentschuldigter Fehltag zu werten ist.

Sofern Wochenenden und Feiertage von der Unterbrechung betroffen sind, ist dies in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entsprechend zu berücksichtigen.

Folgendes Verfahren gilt für die Meldung von Fehltagen an die Rentenversicherungsträger:

1) Bei jedem Fehltag hat die Rehabilitationseinrichtung über das elektronische Datenübermittlungsverfahren unverzüglich eine **Unterbrechungsmeldung** an den Rentenversicherungsträger abzusetzen.

2) Die elektronische Unterbrechungsmeldung wird ergänzt durch das Formular **G1625-21[1].**

3) Die Übermittlung des Formulars G1625-21 an den Rentenversicherungsträger muss zeitnah entweder als PDF-Anhang der elektronischen Unterbrechungsmeldung oder per Fax (0821 500-77499) erfolgen.

4) Im Formular G1625-21 ist zwingend der **Grund der Unterbrechung** anzugeben.

5) Es müssen ausnahmslos alle erforderlichen Nachweise und ärztliche Bescheinigungen dem Rentenversicherungsträger unverzüglich nach Erhalt vorgelegt werden. Hinsichtlich der Übermittlung wird auf Ziffer 3 verwiesen.

6) Wird ein Nachweis nicht erbracht, kann die Deutsche Rentenversicherung Schwaben den Fehltag nicht als „entschuldigt“ werten.

7) Im Formular MGR 100 (oder einer vergleichbaren Aufstellung) ist die Art des Fehltags weiterhin mit „e“ für entschuldigt und „u“ für unentschuldigt zu kennzeichnen.

4. Hinweise zum Verfahrensablauf bei Fortsetzung/Beendigung der Leistung

Die Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch der Leistung stellen wir in das Ermessen der ärztlichen Leitung der Reha-Einrichtung. Wichtig ist eine entsprechende Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.

In Zweifelsfällen wird darum gebeten, vor Wiederaufnahme der Rehabilitanden, den Sachverhalt mit unseren Mitarbeitern zu besprechen. Die Kontaktdaten sind in der Kostenzusage enthalten.

[1]Das Formular G1625-21 kann in der jeweils aktuellen Fassung von der Internetseite der Deutsche Rentenversicherung Schwaben heruntergeladen werden (Suchbegriff: G1625-21).

4.1 Krankheitsbedingte Unterbrechung

Die Leistung kann fortgesetzt werden, wenn aber absehbar ist, dass eine Fortsetzung nach Ende der Erkrankung sinnvoll erscheint und die diese nicht länger als 2 Wochen andauert.

Ist dies nicht der Fall, wird darum gebeten, die Leistung mit dem ersten Tag der Unterbrechung (vorzeitige Beendigung/Abbruch) zu beenden.

Eine krankheitsbedingte Unterbrechung führt nicht zwingend zu einer Verlängerung der Leistung um die ausgefallenen Therapietage. Die Verlängerung von Leistungen ist von Ihnen im Rahmen der indikationsbezogenen Verweildauer (Budget) vorzunehmen, wenn diese aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Falls mit Ihnen kein Budget vereinbart ist, ist die Verlängerung im üblichen Verfahren zu beantragen.

4.2 Mitwirkung der Versicherten

Nach unserer Auffassung erstreckt sich die Mitwirkungspflicht auf den gesamten Prozess der Rehabilitation, das heißt vom Antritt der Rehabilitation über die Einnahme von Medikamenten bis hin zur Befolgung ärztlicher Instruktionen zum Verhalten.

Der Rehabilitand hat den Anordnungen des (Reha-)Arztes nachzukommen und sich so zu verhalten, dass die Rehabilitationsleistung zielorientiert durchgeführt werden kann.

Stellt die Reha-Einrichtung fest, dass ein Rehabilitand nicht ausreichend mitwirkt oder motiviert ist, so ist es zunächst Aufgabe der Reha-Einrichtung an dieser schwankenden Motivation therapeutisch tätig zu werden.

Sollte sich auch nach intensiven Bemühungen der Reha-Einrichtung keine Änderung/Verbesserung der Bereitschaft zur Mitarbeit herstellen lassen, dann soll die Reha-Einrichtung den Rehabilitanden vorzeitig entlassen.

Wichtig ist dann eine entsprechende Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.

Ab 2 unentschuldigten Fehltagen (unerheblich, ob zusammenhängend oder nicht) ist die Reha-Leistung mit der Begründung zu beenden, dass die weitere Fortsetzung im Hinblick auf die unterlassene Mitwirkung gemäß § 66 SGB I verweigert wird.
Die vorzeitige Beendigung erfolgt bereits mit dem Tag vor dem Fehltag oder vor den Fehltagen. Damit ist der Tag vor dem Fehltag oder vor den Fehltagen der letzte Tag der Rehabilitation.

Unterbrechungen durch unentschuldigte Fehltage oder den Abbruch der Reha-Leistung sind uns unverzüglich telefonisch oder schriftlich per Fax mitzuteilen. Diese sind zusätzlich auch im ärztlichen Entlassungsbericht zu dokumentieren.

5. Vergütungssatz

Bei entschuldigten Fehltagen während der Durchführung einer stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation wird der der Vergütungssatz für bis zu 3 Tage weitergezahlt.

Sachverhalte, die zu den entschuldigten Fehltagen zählen, sind nachfolgend aufgelistet.

Sachverhalt	Nachweis
Krankheitsbedingte Unterbrechung	Ärztliche Bescheinigung ab erstem Unterbrechungstag erforderlich
Arztbesuch, sofern dieser nicht in der therapiefreien Zeit möglich ist	Bescheinigung erforderlich
Schwere Erkrankung eines Angehörigen, der im selben Haushalt lebt	Ärztliche Bescheinigung erforderlich
Erkrankung eines Kindes (Kind i.S.v. § 45 Abs. 1 und 4 SGB V)	Ärztliche Bescheinigung erforderlich
Erkrankung der Betreuungsperson, wenn ein Kind vorhanden ist, das das 8. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung dauernd pflegebedürftig ist	Ärztliche Bescheinigung über die Erkrankung der Betreuungsperson erforderlich, ggf. auch Bescheinigung über die Behinderung des Kindes
Niederkunft der Ehefrau bzw. Lebenspartnerin	Geburtsurkunde erforderlich
Tod des Ehegatten, des Lebenspartners, eines Kindes oder Elternteils	--
Polizeiliche oder gerichtliche Termine, Erfüllung staatsbürgerlicher Pflichten	Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich
Behördengänge, sofern diese nicht in der therapiefreien Zeit möglich sind	Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich
Teilnahme an Einsätzen des Technischen Hilfswerks im Rahmen des Katastrophenschutzes	--

Muss sich der Versicherte zur Behandlung in ein Krankenhaus begeben, werden für die Dauer der Unterbrechung keine Pflegekosten gezahlt.

Fehlzeiten

Bitte beachten Sie, dass vergütete entschuldigte Abwesenheitstage auf das vereinbarte Verweildauerbudget angerechnet werden.

Geltungsdauer von Kostenzusagen

Die Kostenzusagen der Deutschen Rentenversicherung Schwaben enthalten eine Festlegung zur Geltungsdauer.

Innerhalb des jeweils angegebenen Zeitraumes muss die Leistung begonnen werden, andernfalls verliert die Kostenzusage ihre Gültigkeit, ohne dass es einer weiteren Mitteilung bedarf.

Für Leistungen, die nach Ablauf der Geltungsdauer begonnen werden, kann die Deutsche Rentenversicherung Schwaben **keine** Kosten übernehmen.

Die Festlegung einer Geltungsdauer soll auch den teilweise langen Aufnahmewartezeiten entgegenwirken.

Sollte der Rehabilitand nicht innerhalb der Gültigkeitsdauer des Bescheides aufgenommen werden können, ist dies der Deutschen Rentenversicherung Schwaben unverzüglich mitzuteilen.

Hilfsmittel zur Berufsausübung/technische Arbeitshilfen

Im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können die Rentenversicherungsträger die Kosten für Hilfsmittel zur Berufsausübung und technische Arbeitshilfen übernehmen, wenn die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind und kein Ausschlussgrund vorliegt.

Zudem darf keine Leistungspflicht des Arbeitgebers für dieses Hilfsmittel nach den arbeitsschutzrechtlichen Vorschriften bestehen. Für häufig auftretende Fallgestaltungen haben wir nachfolgend zusammengefasst, ob eine Leistungspflicht des Arbeitgebers besteht:

1. Höhenverstellbare Schreibtische

Höhenverstellbare Schreibtische sind einer ergonomisch zeitgemäßen, den Wechsel zwischen stehender und sitzender Arbeitshaltung gewährleistenden Büroausstattung zuzurechnen. Hierfür oder für die Schaffung alternativer Möglichkeiten zu einem Haltungswechsel ist der Arbeitgeber aufgrund der Arbeitsschutzbestimmungen verantwortlich.

2. Bürostühle

Ergonomische Bürostühle sind geeignet, auch bei der überwiegenden Zahl orthopädischer Einschränkungen ein adäquates Sitzen zu gewährleisten. Für die Ausstattung mit einem ergonomischen Bürostuhl ist der Arbeitgeber zuständig.

Einige Diagnosen erfordern jedoch die Bereitstellung eines orthopädischen Bürostuhles (Arthrodesenstuhl) oder eines individuell sondergefertigten Bürostuhles. Betroffen sind insbesondere nachfolgende Diagnosen:

- Morbus Bechterew
- Skoliose mit einem Cobb-Winkel > 40 °
- Kyphoskoliose mit einem Cobb-Winkel > 40 °
- Hüft- und Kniearthordese
- Girdlestone-Hüfte
- Spondylodese

In diesen Fällen ist ausnahmsweise die Übernahme der Kosten durch die Rentenversicherung möglich.

3. Ergonomische Tastaturen und Mäuse

Entsprechende Kosten sind vom Arbeitgeber zu tragen.

4. Orthopädische Fahrzeugsitze

Moderne Nutzkraftfahrzeuge sind immer mit ergonomischen Fahrzeugsitzen ausgestattet. Auch bei den heute erhältlichen Personenkraftwagen entsprechen die Fahrzeugsitze ergonomischen Anforderungen, oftmals sind solche Fahrersitze mit weiteren ergonomischen Komfortmerkmalen als Sonderausstattung erhältlich. Ein handelsüblicher Fahrersitz entspricht damit – unabhängig von der Preisklasse – stets ergonomischen Anforderungen, hat jedoch keine orthopädischen Sondermerkmale. Für die Ausstattung beruflich genutzter Kraftfahrzeuge mit solchen Fahrersitzen ist der Arbeitgeber aufgrund der Arbeitsschutzbestimmungen verantwortlich. Eine Leistungsverpflichtung der Rentenversicherung besteht insoweit grundsätzlich nicht.

5. Korrektionsschutzbrillen

Für die Ausstattung mit erforderlichem Augenschutz – unabhängig von dessen Art ist ausschließlich der Arbeitgeber verpflichtet. Ausnahmen, die zu einer Leistungspflicht der Rentenversicherung für Korrektionsschutzbrillen führen, sind nicht denkbar.

6. Leistungspflicht der Deutschen Rentenversicherung

Bei Leistungsverpflichtung des Arbeitgebers kann die Deutsche Rentenversicherung keine Kosten übernehmen. Bitte empfehlen Sie Versicherten nur in den unter Ziffer 2 beschriebenen Fällen, einen Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung zu stellen. Anregungen für eine erforderliche ergonomische Arbeitsplatzausstattung im Entlassungsbericht sollen sich darauf beschränken, den Versicherten eine Argumentationshilfe gegenüber dem Arbeitgeber zu geben.

Interkurrente Erkrankungen

Interkurrente Erkrankungen sind Erkrankungen, die während einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation auftreten und einer ärztlichen Behandlung bedürfen.

Beginn und Ende einer interkurrenten Erkrankung ist stets sofort telefonisch oder per Fax mitzuteilen.

Macht die interkurrente Erkrankung eine Verlegung in ein Krankenhaus am Ort oder in der Nähe der Reha-Einrichtung erforderlich, so kann die Leistung nach Entlassung aus dem Krankenhaus fortgesetzt werden, wenn die Versicherten in der Lage sind, an der Rehabilitation zielführend teilzunehmen und mit einem Reha-Erfolg im Sinne einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gerechnet werden kann.

Auf das Stichwort „Abbruch der Leistung" wird verwiesen.

1. Zuständigkeit der Rentenversicherung

Die Kosten der Behandlung einer Erkrankung, die mit den Mitteln der Reha-Einrichtung geleistet werden kann, werden vom Träger der Rentenversicherung über den Reha-Vergütungssatz getragen.

2. Zuständigkeit der Krankenversicherung

Die Krankenversicherung trägt die Kosten dann, wenn der Versicherte zur Krankenhausbehandlung in ein Krankenhaus oder in eine andere Station der Reha-Einrichtung verlegt wird, die zur Krankenhausbehandlung zugelassen ist. Dies gilt auch, wenn die Erkrankung, die eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich macht, in einem Zusammenhang mit dem Rehabilitationsleiden steht.

Kosten für erforderliche ambulante Krankenbehandlungen, die außerhalb der Reha-Einrichtung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbracht werden, trägt ebenfalls die Krankenversicherung.

Sollten Versicherte keiner gesetzlichen oder privaten Krankenkasse angehören, kommt als potenzieller Kostenträger allenfalls der Sozialhilfeträger in Betracht.

3. Vergütungssatz/Bettenfreihaltegebühr

Für die Dauer der tageweisen Unterbrechung der Leistung können wir weder den Vergütungssatz noch eine Bettenfreihaltegebühr vergüten.

4. Fahr- oder Transportkosten

Für die der Erstattung von Reisekosten anlässlich der Verlegung wegen einer interkurrenten Erkrankung gilt Folgendes:

4.1 Behandlung in einem Krankenhaus am Reha-Ort

Wird die interkurrente Erkrankung am Reha-Ort behandelt, so übernimmt der Träger der Rentenversicherung die Kosten für die Rückreise nach der Beendigung der interkurrenten Behandlung von dem Reha-Ort zum Wohnort.

Wird die Rehabilitation fortgesetzt, so trägt der Träger der Krankenversicherung im Rahmen des § 60 SGB V die Kosten für Wege von der Reha-Einrichtung zur Behandlung der interkurrenten Erkrankung und wieder zur Reha-Einrichtung zurück.

4.2 Behandlung in einem Krankenhaus am Wohnort

Wird die Leistung zur medizinischen Rehabilitation wegen einer am Wohnort durchzuführenden Behandlung der interkurrenten Erkrankung nicht fortgesetzt, so übernimmt der Träger der Rentenversicherung die Kosten für die Rückreise vom Reha-Ort zum Wohnort.

4.3 Behandlung in einem Krankenhaus weder am Reha-Ort noch am Wohnort

Wird die interkurrente Erkrankung weder am Wohnort noch am Reha-Ort behandelt, so trägt der Träger der Krankenversicherung im Rahmen des § 60 SGB V die Kosten für die Anreise und Abreise vom/zum Reha-Ort, wenn die medizinische Leistung zur Rehabilitation nach Beendigung der Behandlung wegen einer interkurrenten Erkrankung fortgesetzt wird.

Wird die medizinische Leistung zur Rehabilitation des Trägers der Rentenversicherung wegen dieser interkurrenten Erkrankung nicht fortgesetzt, trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten der Rückreise vom Ort der interkurrenten Behandlung zum Wohnort oder zum nächstgelegenen Krankenhaus.

4.4 Ambulante ärztliche Behandlung am Reha-Ort

Wird die interkurrente Erkrankung ambulant am Reha-Ort behandelt, kann die Rentenversicherung keine Fahrkosten für die Beförderung des Versicherten (zum Beispiel Taxikosten) übernehmen. Von der Krankenkasse werden Fahrkosten nur in besonders gelagerten Fällen übernommen. Es wird darum gebeten, die Rehabilitanden darauf hinzuweisen.

5. Zahnbehandlung

Der Träger der Rentenversicherung übernimmt nicht die Kosten einer während einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation erforderlich werdenden Zahnbehandlung und der Versorgung mit Zahnersatz.

Hierfür ist die Krankenversicherung zuständig.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Das Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung ist im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de abrufbar.

Es eignet sich auch zur Einarbeitung der mit der Rehabilitation befassten Mitarbeiter sowie zur Information neu eingestellten therapeutischen Personals.

Darüber hinaus möchten wir auf das Anforderungsprofil zur Durchführung Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) hinweisen. Beruflich orientierte Basisangebote erwartet die Deutsche Rentenversicherung in allen medizinischen Reha-Einrichtungen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

1. Allgemeines

Mit der Gemeinsamen Empfehlung "Reha-Prozess" wird das Ziel verfolgt, Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation noch mehr zu verzahnen und die Einleitung des Verfahrens für Leistungen zur Teilhabe zu verkürzen.

Um diesen beiden Zielen gerecht zu werden, sind nachfolgende Verfahrenshinweise zu beachten:

2. Hinweise zum Verfahrensablauf

Der ärztliche Entlassungsbericht ist umgehend innerhalb von 14 Tagen nach Ende der medizinischen Reha-Leistung zu übersenden.

Das Verfahren zur Feststellung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss bereits in der medizinischen Reha-Einrichtung eingeleitet werden, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass der Versicherte diese Leistungen benötigt.

Grundlage hierfür ist Ihre Feststellung zum Leistungsvermögen in der verkürzten „Ärztlichen Stellungnahme zum Leistungsvermögen und Empfehlungen zur beruflichen Rehabilitation“ (Formular G7665-21).

Auf dieser Basis ist eine Reha-Fachberatung in Ihrem Haus zu organisieren, indem der Sozialdienst die „Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Formular G0130-00) mit dem Versicherten ausfüllt und diese zusammen mit der „Ärztlichen Stellungnahme zum Leistungsvermögen und Empfehlungen zur beruflichen Rehabilitation“ (Formular G7665-21) dem Reha-Fachberater der Deutschen Rentenversicherung Schwaben aushändigt.

Falls in Ihrer Klinik weder der Reha-Fachberatungsdienst der Deutschen Rentenversicherung Schwaben noch eines anderen Rentenversicherungsträgers für unsere Versicherten kontinuierlich Beratungstermine wahrnimmt, sind diese Unterlagen an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben zu senden.

Medikamente

1. Allgemeines

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen neben den ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Behandlungen insbesondere auch die Versorgung des Rehabilitanden mit Arzneimittel und Verbandmittel (§ 42 Abs. 2 SGB IX, § 15 Abs. 1 SGB VI).

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung vergüten den Reha-Einrichtungen die erbrachten Rehabilitationsleistungen regelmäßig in Form von pauschalierten Kostensätzen. Diese umfassen grundsätzlich auch alle Medikamentenkosten.

Besonders teure Medikamente, deren Einsatz während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, werden von der Deutschen Rentenversicherung separat erstattet, um häufige Kalkulationen und nur kurzfristig geltende Vergütungsabsprachen zu vermeiden.

2. Kostenübernahme besonders teurer Medikamente

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung haben die Übernahme von Kosten für besonders teure Medikamente in der medizinischen Rehabilitation einheitlich geregelt.

2.1 Erstattungsfähige Kosten

Die Rentenversicherungsträger erstatten die 500,00 Euro pro Rehabilitanden und Rehabilitationsleistung übersteigenden Kosten der unter Ziffer 2.2 aufgelisteten Medikamente beziehungsweise Blutprodukte. Diese Erstattung wird zusätzlich zur regulären Vergütung gezahlt.

Erstattet werden die Medikamentenbezugskosten (inklusive Mehrwertsteuer), die der Rehabilitationsklinik tatsächlich durch den Verbrauch von Medikamenten entstanden sind.

Kosten für die Lieferung oder Zubereitung von Medikamenten, für Infusionslösungen und Infusionsmaterial sowie für beispielsweise antiemetische Begleitmedikationen werden nicht erstattet.

Bei der Beschaffung der Medikamente wird davon ausgegangen, dass die Rehabilitationskliniken die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachten.

Medikamente, die ein Rehabilitand mitgebracht hat oder deren Kosten Dritte tragen, bleiben unberücksichtigt.

2.2 Erstattungsfähige Medikamente/Therapien

Besonders teure Medikamente/Therapien werden derzeit in erster Linie bei folgenden Krankheitsbildern eingesetzt:

- onkologisch-hämatologische Krankheitsbilder (antineoplastische Medikamente, Immunsuppressiva, supportive Maßnahmen)
- rheumatische Erkrankungen (zum Beispiel monoklonale Antikörper)
- HIV-Infektionen (antiretrovirale Kombinationstherapie)
- Hämophilien (Antihämorrhagica)
- neurologische Erkrankungen (zum Beispiel Interferone, Botox)
- Virushepatitiden (zum Beispiel Interferone).

Darüber hinaus kann auch bei

- parenteraler Ernährung
- Dialyse

eine gesonderte Erstattung möglich sein.

3. Hinweise zum Verfahrensablauf

Wir benötigen für jeden einzelnen Rehabilitanden eine gesonderte Medikamentenrechnung. In dieser Rechnung sind nur die tatsächlichen Medikamentenbezugskosten von der Lieferapotheke einschließlich Mehrwertsteuer anzugeben. Diese Rechnung ist möglichst gemeinsam mit der Abrechnung der Rehabilitationsmaßnahme einzureichen.

Die Medikamentenrechnung muss von dem leitenden Arzt der Abteilung oder der Einrichtung geprüft und unterschreiben sein.

Die zeitliche Abfolge und die individuelle Dosierung müssen im Entlassungsbericht dokumentiert sein.

Nachsorge

1. Allgemeines

Um die im Anschluss an eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation oftmals notwendige gesundheitsbezogene Veränderung bisheriger Verhaltens- und Lebensweisen zu unterstützen, erbringt die Rentenversicherung Nachsorgeleistungen nach § 17 SGB VI.

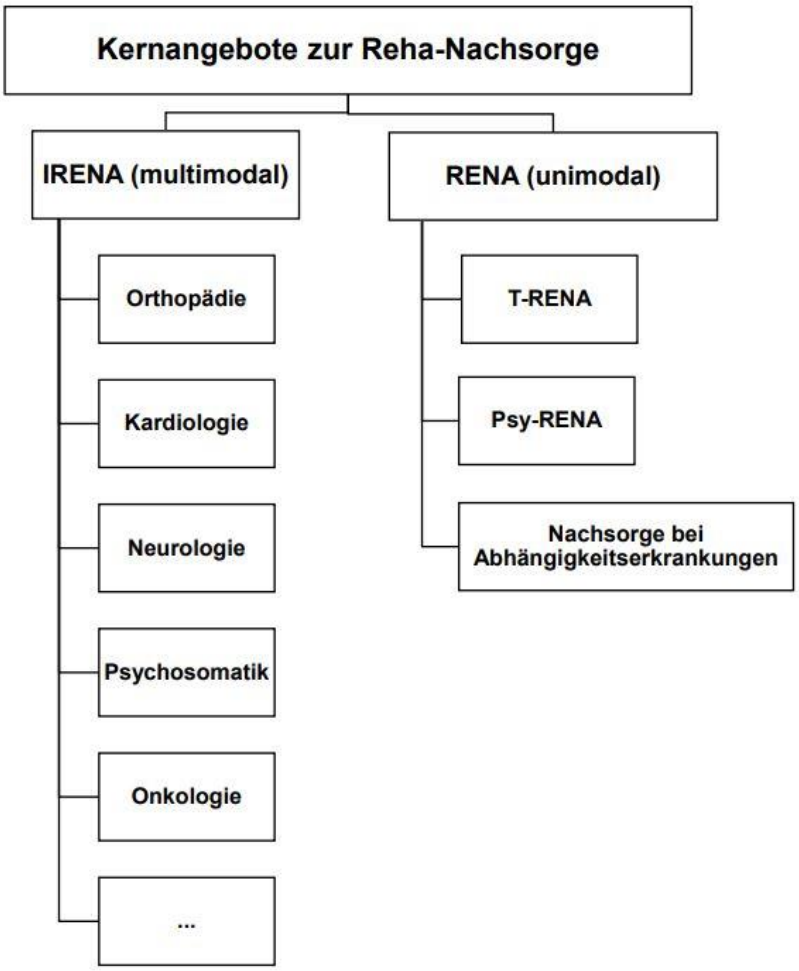
Diese sollen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und zur Vermeidung späterer Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfe beitragen.

Für die Gestaltung der Nachsorge gelten das "Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung" vom 09.06.2015 in der Fassung vom 01.07.2019 und dessen Anlagen wie die „Beschreibung der Kernangebote der Reha-Nachsorge“, das „Fachkonzept IRENA“, das „Fachkonzept T-RENA“ und das „Fachkonzept Psy-RENA“. Der Fragen-Antwort-Katalog (FAQ) zur Umsetzung des Rahmenkonzepts zur Reha-Nachsorge ist auf www.nachderreha.de abrufbar.

2. Formen der Nachsorge

Bisherige Erfahrungen aus dem Bereich der Nachsorge zeigen, dass Versicherte unterschiedliche Nachsorgebedarfe haben können. Deshalb sind sowohl komplexe (= multimodale) als auch weniger komplexe (= unimodale) Nachsorgeangebote erforderlich, um den individuellen Nachsorgebedarf der Versicherten gerecht zu werden. In vielen Fällen reichen unimodale Nachsorgeleistungen aus, um das Nachsorgeziel zu erreichen.

Aus diesem Grunde stellt die Rentenversicherung ein gestuftes, bedarfsgerechtes, wirtschaftliches und qualitätsgesichertes an nachgehenden Leistungen zur Verfügung.



3. Voraussetzungen

Die Voraussetzungen der Kernangebote werden in den Anlagen zum Rahmenkonzept und in den jeweiligen Fachkonzepten (IRENA, T-RENA und Psy-RENA) näher dargestellt. Die Fachkonzepte sind im Internet abrufbar.

Anspruchsberechtigt sind Versicherte,

- die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI abgeschlossen haben (hierunter fallen nicht onkologische Nachsorgeleistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI),
- bei denen vom behandelnden Arzt der Reha-Einrichtung eine Nachsorgeleistung empfohlen wurde (als Nachweis der persönlichen Voraussetzungen),
- die bei Entlassung aus der Rehabilitationsbeinrichtung eine Leistungsfähigkeit von mindestens 3 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine positive Erwerbsprognose aufweisen,
- kein Ausschlusstatbestand nach § 12 SGB VI vorliegt.

Keine Ausschlussgründe sind:

- ein Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- Arbeitslosigkeit
- Arbeitsunfähigkeit
- eine stufenweise Wiedereingliederung nach der Rehabilitation
- eine Empfehlung zur Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Reha-Einrichtung

4. Einleitung der Nachsorge

4.1 Nachsorgeempfehlung durch die Reha-Einrichtung

Die Nachsorgeempfehlung ist grundsätzlich von der Reha-Einrichtung auszusprechen und gilt gegenüber der Nachsorgeeinrichtung als unsere Kostenzusage.

In Fällen, in denen die Deutsche Rentenversicherung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation als **zweitangegangener unzuständiger** Träger erbringt, darf von der Reha-Einrichtung **keine Empfehlung** für eine Leistung zur Nachsorge (G4802-00) ausgesprochen/erteilt werden, weil die gesetzlichen Krankenkas-

sen hier regelmäßig die Kostenerstattung verweigern. Die Reha-Einrichtungen werden in diesen Fällen im Kostenübernahmebescheid entsprechend informiert.

Zur Einleitung von IRENA, T-RENA und Psy-RENA ist das **Formular G4802-00** zu verwenden. In der Ausfertigung des Formulars G4802-00 für den Rentenversicherungsträger muss durch 2 Unterschriften erklärt beziehungsweise bestätigt werden, ob der Versicherte dem Versand der Empfehlung an den behandelnden Arzt zustimmt und ob er an der empfohlenen Nachsorgeleistung teilnehmen wird. Zur Information für Versicherte steht das Formular G4803-00 zur Verfügung.

In der Empfehlung kann nur eine Nachsorge ausgewählt werden, das heißt IRENA oder T-RENA oder Psy-RENA.

Eine nachträgliche Änderung von Art oder Umfang der Nachsorgeleistung ist durch die Nachsorgeeinrichtung nicht möglich.

4.2 Antragstellung durch Versicherte

Wird der Bedarf für eine Leistung zur Nachsorge nicht in der Einrichtung festgestellt, kann der Versicherte innerhalb von 4 Wochen nach Abschluss der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe einen Antrag beim zuständigen Rentenversicherungsträger stellen.

Hierfür steht das Antragsformular G4800-00 zur Verfügung.

Stellen Versicherte rechtswirksam einen Antrag auf Nachsorge, klären wir zunächst über die Reha-Einrichtung, ob nachträglich eine Nachsorgeempfehlung ausgesprochen werden kann.

Sofern die Reha-Einrichtung eine Nachsorge nachträglich auf dem Formular G4802-00 empfiehlt, können die Versicherten damit wie üblich die Leistung einer Nachsorgeeinrichtung in Anspruch nehmen. Der Reha-Entlassungsbericht ist dann entsprechend zu berichtigen und der Deutschen Rentenversicherung erneut zu übersenden.

Sofern die Reha-Einrichtung eine nachträgliche Empfehlung der Nachsorge ablehnt, wird die Deutsche Rentenversicherung einen entsprechenden Bescheid erteilen.

5. Beginn der Nachsorge

Die Nachsorge soll möglichst zeitnah im Anschluss an die abgeschlossene Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen. Der Termin für die erste Therapieeinheit ist deshalb von der Reha-Einrichtung mit Empfehlung der Nachsorge zu vereinbaren und in Ziffer 6 des G4802-00 zu vermerken. Um eine höhere Verbindlichkeit für den Versicherten zur Teilnahme an der Reha-Nachsorge zu erreichen, sollte nach Möglichkeit der Ersttermin mit dem Nachsorgeanbieter bei Abschluss der Rehabilitation

feststehen und eingetragen sein. Ein fehlender Eintrag bei Ziffer 6 "Beginn der Reha-Nachsorge" im G4802-00 führt nicht zu einer Ablehnung der Kostenzusage für die Reha-Nachsorge.

Für die jeweiligen Nachsorgeangebote gelten folgende Fristen:

a) IRENA
Die Versicherten müssen IRENA-Leistungen spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der medizinischen Leistung zur Rehabilitation in Anspruch nehmen.

b) T-RENA
Die Versicherten sollen T-RENA möglichst innerhalb von 4 Wochen, müssen jedoch spätestens 6 Wochen nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation beginnen.

c) Psy-RENA
Die Psy-RENA muss spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Ende der vorangegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen.

Nach § 6 der Richtlinie der Träger der Rentenversicherung für Leistungen zur Nachsorge kann nach Ablauf der 3-Monatsfrist die Nachsorge nicht mehr begonnen werden. Ausnahmen sind hier aufgrund der eindeutigen Formulierung in der Gemeinsamen Richtlinie nicht möglich.

6. Nachsorgeeinrichtungen

Für die Suche nach wohnortnahen, zugelassenen Nachsorge-Einrichtungen steht die online-gestützte Reha-Nachsorge-Datenbank http://www.nachderreha.de zur Verfügung.

7. Dauer der Leistung

Die Nachsorge wird in der Regel berufsbegleitend durchgeführt. Dauer und tageszeitliche Organisation richten sich daher vor allem nach der individuellen Situation der Rehabilitanden und sind von der Nachsorgeeinrichtung so weit als möglich zu berücksichtigen. Die Leistungen sind deshalb auch am späten Nachmittag, in den Abendstunden oder an Samstagen anzubieten.

a) IRENA
Der Umfang der IRENA-Leistung beträgt je nach Bedarf bis zu 24 Behandlungseinheiten. Für die Indikation „Neurologie“ gelten davon abweichend bis zu 36 Behandlungseinheiten als bedarfsgerecht.
Ab dem 01.01.2020 ist eine Abrechnung der Nachsorge für die Indikationen "Übergewicht" und "Adipositas" möglich. Dieses multimodale Nachsorgekonzept "Adipositas" umfasst bis zu 42 therapeutische Behandlungseinheiten aus den

Bereichen Bewegungstherapie (20 bis 26 Einheiten), psychologische Betreuung (mindestens 6 Einheiten) und Ernährungsberatung (maximal 10 Einheiten).

Eine Behandlungseinheit beträgt mindestens 90 Minuten. Für Versicherte mit der Indikation "Psychische Störungen" sind ergänzend zwei Einzelgespräche mit jeweils 50 Minuten möglich.

Es können mehrere Behandlungseinheiten an einem Tag durchgeführt werden, sofern eine berufsbegleitende Teilnahme möglich ist. Eine Aufstockung der Behandlungseinheiten über die 24, 36 beziehungsweise 42 Behandlungseinheiten oder die Verlängerung der Leistung über 12 Monate nach Ende der vorangegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation hinaus ist ausgeschlossen.

b) T-RENA

Die Nachsorge T-RENA wird grundsätzlich in der Gruppe durchgeführt. Ein Einzeltraining ist in Ausnahmefällen aber möglich, wenn keine Gruppen zustande kommen.

Gruppentraining

In der Regel umfasst T-RENA 26 Behandlungseinheiten (zuzüglich eines einmaligen Einweisungstrainings), die in einer offenen Gruppe bei einer Gruppengröße von bis zu 12 Personen stattfinden.

Eine Behandlungseinheit dauert jeweils 60 Minuten.

Die erste Behandlungseinheit mit je 60 Minuten wird als Einzelleistung zur Einführung in T-RENA und Abstimmung des Trainingsplans mit dem Versicherten erbracht.

Um ein Übertraining in Folge zu kurzer Regenerationszeiten zwischen den Trainingseinheiten zu verhindern, darf nicht an aufeinanderfolgenden Tagen trainiert werden. Die Ruhetage (1 bis 3 Tage) richten sich nach der individuellen Regenerationsfähigkeit der Teilnehmer.

Das individuelle 60-minütige Einweisungstraining des Versicherten an den Geräten (mit entsprechenden Wiederholungsübungen) wird als eigenständiger Termin gewertet. Die Durchführung des ersten Gruppentrainings im Anschluss an das Einweisungstraining ist möglich.

Einzeltraining (Ausnahmefall)

T-RENA kann in Ausnahmefällen als Einzeltraining erbracht werden. Das kann der Fall sein, wenn keine Gruppenangebote in zumutbarer Entfernung für den Rehabilitanden bestehen (45 Minuten Fahrzeit) oder die Wartezeit bis zur Aufnahme in eine Gruppe zu lang ist (länger als 6 Wochen nach der Leistung zur

medizinischen Rehabilitation). Die T-RENA-Einzelleistung beginnt dann spätestens in der 7. Woche nach der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Wird T-RENA vollständig in Einzelleistung erbracht, können 12 Behandlungseinheiten mit je 15 bis 20 Minuten erbracht werden.

Die Durchführung als Einzeltraining ist beim Rentenversicherungsträger weder zu beantragen noch anzuzeigen und geht letztendlich allein aus der Abrechnung der Kosten und den KTL-Daten in der Nachsorgedokumentation hervor.

Verlängerung
Sofern im Einzelfall 26 Behandlungseinheiten nicht ausreichen, um das Nachsorgeziel zu erreichen, ist nach individueller Bedarfsfeststellung eine Verlängerung um bis zu weitere 26 Behandlungseinheiten möglich (Gruppentraining). Eine Verlängerung um maximal 26 Gruppentherapien ist nur dann möglich, wenn bei Durchführung in Gruppenform 26 Einheiten innerhalb von 6 Monaten (gerechnet ab dem Ende der medizinischen Rehabilitation) wahrgenommen worden sind.

Bei vollständiger Durchführung als Einzelleistung besteht die Möglichkeit, die Leistung nach einer Bedarfsfeststellung um weitere 12 Behandlungseinheiten zu verlängern. Eine Verlängerung um maximal 12 Einheiten kann nur erfolgen, wenn die ersten 12 Termine innerhalb von 3 Monaten (gerechnet ab dem Ende der medizinischen Rehabilitation) durchgeführt worden sind.

Die Nachsorgeeinrichtung muss eine Verlängerung von T-RENA bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger mit **Formular G4811-00** anzeigen und begründen.

Die weiteren Behandlungseinheiten (Aufstockung) müssen innerhalb des Zeitrahmens von 12 Monaten nach Ende der vorangegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein.

c) Psy-RENA
Psy-RENA wird grundsätzlich in der Gruppe durchgeführt. Eine Durchführung in Form von Einzelgesprächen ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn keine Gruppentermine möglich sind.

Gruppengespräche
Psy-RENA umfasst in der Regel 25 Gruppengespräche. Diese werden mit einer Gruppengröße von 8 bis 10 Personen durchgeführt. Die Therapieeinheiten dauern 90 Minuten. Psy-RENA ist kontinuierlich, das heißt in der Regel einmal in der Woche durchzuführen.

Ergänzend zu den Gruppengesprächen werden für ein Aufnahme- und Abschlussgespräch 2 Einzelgespräche durchgeführt. Die Dauer der Einzelgespräche beträgt 50 Minuten.

Eine Verlängerung ist nicht möglich.

Einzelgespräche (Ausnahmefall)
Psy-RENA kann in Ausnahmefällen in Form von Einzelgesprächen stattfinden.

Dies ist der Fall, wenn keine Gruppenangebote in zumutbarer Entfernung für den Rehabilitanden zustande kommen (45 Minuten Fahrzeit) oder die Wartezeit bis zur Aufnahme in eine Gruppe zu lang ist (länger als 3 Monate).

Psy-RENA im Einzelsetting umfasst 8 Gesprächseinheiten. Die Dauer eines Gespräches beträgt 50 Minuten.

Eine Verlängerung der Nachsorge ist in diesem Setting in begründeten Einzelfällen im Umfang von 4 Einzelgesprächen möglich.

Die Verlängerung muss durch den Nachsorgetherapeuten bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger in der Nachsorgedokumentation schriftlich angezeigt und begründet werden.

Sonstige Leistungen
Kriseninterventionen, Angehörigengespräche und darüber hinaus gehende Bemühungen, die im Sinne eines Fallmanagements vernetzende beziehungsweise koordinierende Tätigkeiten sind, können im Umfang von bis zu 5 Einheiten mit je 20 Minuten ergänzend erbracht werden.

7.1 Unterbrechungen im Gesamtzeitraum

Während der gesamten Dauer der Leistungen ist eine kontinuierliche Durchführung anzustreben. Unterbrechungen aufgrund von Urlaub oder akuten Erkrankungen der Rehabilitanden sind grundsätzlich zulässig, sie verlängern jedoch nicht den Gesamtzeitraum. Nicht verbrauchte Therapieeinheiten verfallen.

7.2 Abbruch der Nachsorge durch die Einrichtung

Nach einer durchgehenden Unterbrechung von mehr als 6 Wochen ist die Fortführung ausgeschlossen und einem Abbruch gleichzusetzen. In diesem Fall kann eine erneute Nachsorge erst wieder nach einer weiteren Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt werden (Ausnahmen gelten für die intervallartige Form der IRENA).

Die Leistung kann bei 3-maligem unentschuldigtem Fehlen der Versicherten, bei mangelnder Motivation oder bei Fehlverhalten von der Nachsorgeeinrichtung vorzeitig beendet werden.

8. Wechsel der Nachsorgeeinrichtung

Muss der Versicherte, beispielsweise aufgrund eines Umzugs in eine andere Stadt, die Nachsorgeeinrichtung wechseln, sollte er zunächst mit dem aktuellen Leistungserbringerklären, ob ein Wechsel möglich ist.

Der Rentenversicherungsträger wird von der bisherigen Nachsorgeeinrichtung über den Einrichtungs-/Therapeutenwechsel informiert (Nennung der Form der Nachsorge, des neuen Nachsorge-Leistungserbringers inklusive Adresse, Beginn der Nachsorge bei dem neuen Leistungserbringer, Versichertennummer, Diagnose gemäß ICD, Stempel der Einrichtung/Unterschrift). Bei einem Wechsel stellt der bisherige Nachsorgeanbieter dem neuen Nachsorgeanbieter alle notwendigen Behandlungsinformationen für eine Übergabe zur Verfügung. Der bisherige Nachsorge-Therapeut sendet die Rechnung für die bisher erbrachten Nachsorgeleistungseinheiten inklusive Abschlussdokumentation (mit Begründung des Wechsels) dem jeweiligen Rentenversicherungsträger zu.

Die noch nicht in Anspruch genommenen Behandlungseinheiten können auf die neue Einrichtung übertragen werden, folglich kann nur innerhalb der gleichen Nachsorgeart gewechselt wird.

9. Höhe der Kosten und Abrechnung

Die Vergütungssätze werden durch die Deutsche Rentenversicherung festgelegt und im „Anhang: Vergütungssätze für Reha-Nachsorge und Tele-Reha-Nachsorge“ der „Beschreibung der Kernangebote der Reha-Nachsorge“ (Anlage 1 zum Rahmenkonzept), die abrufbar ist unter www.reha-nachsorge-drv.de, veröffentlicht.

Nur tatsächlich erbrachte Leistungen werden vergütet, Ausfallhonorare werden nicht gezahlt. Für die Abrechnung ist der Vergütungssatz maßgeblich, der am Tag der Leistungserbringung gültig ist. Dieser aktuelle Abrechnungssatz gilt sowohl für neu begonnene als auch für laufende Leistungen.

Mit dem durch die Deutsche Rentenversicherung zu zahlenden Vergütungssatz, sind alle anfallenden Kosten für die Durchführung der Leistung (beispielsweise die Erstellung der Nachsorgedokumentation, notwendige Aufnahme- und Abschlussgespräche sowie alle Nebenleistungen) abgegolten.

Zur Dokumentation und Abrechnung der neuen Nachsorgeangebote stehen nachfolgend aufgeführte Formulare bereit:

IRENA:
G4815-00 Reha-Nachsorge Dokumentation IRENA
G4827-00 Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge IRENA für das Jahr
G4829-00 Anlage zur Abrechnung IRENA (Teilnahmenachweis)

T-RENA:
G4819-00 Reha-Nachsorge Dokumentation T-RENA
G4831-00 Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge T-RENA für das Jahr
G4832-00 Anlage zur Abrechnung T-RENA (Teilnahmenachweis)

Psy-RENA:
G4816-00 Reha-Nachsorge Dokumentation Psy-RENA
G4821-00 Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge Psy-RENA für das Jahr
G4823-00 Anlage zur Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge – Psy-RENA (Teilnahmenachweis)

Der Abrechnung ist zwingend die komplett ausgefüllte, vom Versicherten und Therapeuten unterschriebene Einzelauflistung der durchgeführten Therapien beizuliegen.

Die in Rechnung gestellten Kosten werden erst mit Vorliegen des Einzelnachweises beglichen.

10. Ergänzende Leistungen bei Durchführung einer Nachsorge

10.1 Fahrkosten

Die Richtlinie zu § 17 SGB VI enthält unter § 11 „Ergänzende Leistungen“ eine Regelung zur Erstattung von Fahrkosten.

Auf Antrag des Versicherten wird eine Fahrkostenpauschale von 5,00 Euro pro Termin gezahlt, wenn den Teilnehmern wegen der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines sonstigen Verkehrsmittels (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) tatsächlich Fahrkosten entstanden sind.

Die Auszahlung der Fahrkosten kann von den Nachsorgeeinrichtungen übernommen werden. Alternativ ist auch die Beantragung direkt bei der Deutschen Rentenversicherung Schwaben möglich. Die Fahrkosten werden dann dem Versicherten ausgezahlt.

Für den Antrag auf Fahrkosten steht das bundeseinheitliche **Formular G4860-00** zur Verfügung. Die Fahrkosten können, unabhängig davon, ob eine Fahrkostenerstattung an den Versicherten oder die Nachsorgeeinrichtung erfolgt, nur abgerechnet werden, wenn das G4860-00 vorliegt.

10.2 Haushaltshilfe

Kosten für eine Haushaltshilfe können grundsätzlich nicht übernommen werden.
Die Haushaltshilfe nach § 74 SGB IX ist eine ergänzende Leistung (§ 64 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX) und kann nur im Zusammenhang mit einer Hauptleistung gewährt werden, sofern die übrigen Voraussetzungen vorliegen.
Da die Nachsorge stundenweise (auch in den Abendstunden) durchgeführt wird, ist generell davon auszugehen, dass eine Haushaltshilfe nicht wegen der Teilnahme an der Nachsorge erforderlich wird.

10.3 Zuzahlung

Die Nachsorge wird ausschließlich in ambulanter Form durchgeführt, weshalb hierfür keine Zuzahlung nach § 32 SGB VI zu leisten ist.

10.4 Unfallversicherungsschutz

Für die Nachsorge besteht im Gegensatz zur berufsbegleitend ambulanten Rehabilitation kein Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Nichtantritt von Leistungen

Beginnt ein Versicherter die Leistung zur Teilhabe nicht zum vorgesehenen Termin, ist ihm einer neuer Aufnahmetermin mitzuteilen. Bei Eilfällen ist die Deutsche Rentenversicherung Schwaben und die zuständige Krankenkasse durch eine Kopie zu informieren.

Nimmt der Versicherte auch den zweiten Aufnahmetermin nicht wahr, wird darum gebeten, uns und die Krankenkasse des Versicherten zu informieren. Eine Rücksendung der Unterlagen ist **nicht** erforderlich.

Sofern der Versicherte dazu bereit ist, eine Leistung in Anspruch zu nehmen und kann er diese nicht innerhalb der im Bescheid vorgegebenen Geltungsdauer antreten, ist die Deutsche Rentenversicherung Schwaben und die zuständige Krankenkasse zu informieren.

Zur Verlängerung der Geltungsdauer der Kostenzusage wird auf das Stichwort „Geltungsdauer von Kostenzusagen“ verwiesen.

Nichtraucherschutz

Das bayerische Gesundheitsschutzgesetz (GSG) verfolgt das Ziel, Bürger vor den erheblichen Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen in der Öffentlichkeit zu schützen. Verwirklicht wird dieses Ziel durch ein umfassendes Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden wie auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder Bildungseinrichtungen und Freizeiteinrichtungen.

In Reha-Einrichtungen, in denen von Rentenversicherungsträgern finanzierte Leistungen durchgeführt werden, ist das Rauchen in Innenräumen daher gänzlich untersagt.

Dem Leiter der Rehabilitations- und Bildungseinrichtung wird zwar von Gesetzes wegen die Möglichkeit eingeräumt, das Rauchen in einem Nebenraum zu gestatten, diese Möglichkeit sollte jedoch nicht genutzt werden.

Die Rentenversicherung strebt rauchfreie Reha- und Bildungseinrichtungen an.

Es ist aber in die Entscheidungsfreiheit der Reha- und Bildungseinrichtung gestellt, ob für Raucher im Freien gesonderte Bereiche geschaffen werden (beispielsweise „Raucherpavillons“).

Die Rentenversicherung unterscheidet nicht zwischen Einrichtungen für somatische Erkrankungen und Einrichtungen für psychische Erkrankungen beziehungsweise für die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Präventionsleistungen

1. Allgemeines

Um dem allgemeinen Anstieg der Krankheitskosten und Rehabilitationskosten zu begegnen und die Erwerbsfähigkeit der Versicherten so frühzeitig wie möglich sichern zu können, erbringen die Rehabilitationsträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung) verstärkt Präventionsleistungen und tragen damit dem geltenden Grundsatz "Prävention vor Rehabilitation vor Rente" Rechnung. Präventionsleistungen sollen auf die gesundheitliche Verfassung, die individuelle Lebensführung und die Selbstkompetenz der Versicherten einwirken und so zur besseren Bewältigung der Anforderungen des Arbeitslebens und Berufslebens führen.

Präventionsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung werden nach § 14 SGB VI an Versicherte erbracht, deren erste gesundheitliche Beeinträchtigungen die von ihnen ausgeübte Beschäftigung gefährden.

Die Leistungen werden aufgrund einer gemeinsamen Richtlinie der Rentenversicherungsträger erbracht, die Näheres zu den Zielen, den persönlichen Voraussetzungen und zu Art und Umfang der Leistungen enthält.

2. Art und Umfang der Leistungen

Präventionsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sind darauf ausgerichtet, die individuelle Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

Sie setzen sich grundsätzlich aus einzelnen Modulen, teilweise berufsbegleitend, zusammen. Die modularisierten Leistungen umfassen die folgenden, inhaltlich aufeinander aufbauenden Phasen:

Startphase
In der stationären beziehungsweise ganztägig ambulanten Startphase werden die Teilnehmer in kleinen Gruppen vom Leistungserbringer (Einrichtung) über Ablauf, Ziele und Inhalte der Leistung informiert. Darüber hinaus erfolgt die für die Planung und Durchführung der Leistung erforderliche Diagnostik.

Trainingsphase
Im Rahmen der sich anschließenden Trainingsphase absolvieren die Teilnehmer Präventionsmodule, die unter Nutzung der Ressourcen des Leistungserbringers (Einrichtung) über einen längeren Zeitraum (tageweise für mehrere Wochen) berufsbegleitend durchgeführt werden.

Eigenaktivitätsphase
Diese Phase ist in der Regel mit keiner Leistungserbringung durch den Rentenversicherungsträger verbunden. Hier sollen die Teilnehmer die vermittelten Ansätze zu

Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen eigenverantwortlich im Lebensalltag umsetzen.

Auffrischungsphase
Am Ende der Eigenaktivitätsphase halten die Leistungserbringer (Einrichtungen) ein Angebot zur Auffrischung des Erlernten sowie zur Unterstützung bei eventuellen Umsetzungsschwierigkeiten vor.

3. Fahrkosten

Für die Teilnahme an Präventionsleistungen werden Fahrkosten auf Antrag erstattet, wenn die Teilnehmer wegen der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines sonstigen Verkehrsmittels (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) tatsächlich Fahrkostenaufwendungen hatten.

Bei Durchführung der Startphase und Auffrischungsphase in stationärer Form werden die Reisekosten nach § 73 SGB IX erstattet. Ergänzend wird auf das Stichwort „Reisekosten bei stationären Leistungen" verwiesen.

Werden Startphase und Auffrischungsphase in ambulanter Form durchgeführt, wird eine Fahrkostenpauschale in Höhe von derzeit 5,00 Euro pro Teilnahmetermin gezahlt.

Für die berufsbegleitend ambulante Trainingsphase wird ebenfalls für jeden Termin die Fahrkostenpauschale von 5,00 Euro erstattet.

Qualitätssicherung

Die medizinische Rehabilitation ist der erste Versorgungsbereich im deutschen Gesundheitswesen, in dem ein flächendeckendes Qualitätssicherungsprogramm zur Anwendung kommt.

Zentrale Ziele des Qualitätssicherungsprogramms sind eine sich an den Bedürfnissen der Rehabilitanden orientierende Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation, die Transparenz des Leistungsgeschehens, die Förderung des internen Qualitätsmanagements, sowie die Bereitstellung eines klinikvergleichenden Informationssystems.

Um die gesammelten Erfahrungen zu nutzen und auf den Wandel in der medizinischen Rehabilitation zu reagieren, werden die eingesetzten Instrumente und Verfahren kontinuierlich weiterentwickelt. Derzeit umfasst das Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung folgende Instrumente:

- **Peer Review-Verfahren**
  Die Begutachtungsergebnisse des Peer Review-Verfahrens auf der Grundlage von Reha-Entlassungsberichten und Therapieplänen bieten die Möglichkeit, Verbesserungsmöglichkeiten im Reha-Prozess zu identifizieren.
  Die Erfassung und Bewertung der Qualität des Rehabilitationsprozesses stellt eines der zentralen Elemente des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung dar. Die Qualitätsbewertung im Rahmen des Peer Review-Verfahrens basiert auf der anonymen Einzelfallprüfung durch erfahrene und entsprechend geschulte Fachkollegen (Peers). Grundlage der Prüfung ist für die medizinische Rehabilitation der einheitliche Reha-Entlassungsbericht der Rentenversicherung zuzüglich individueller Therapiepläne.

  Das Verfahren ist so konzipiert, dass jede Reha-Einrichtung die bewertet wird, grundsätzlich auch einen Gutachter stellt. Die zu bewertenden Fälle werden etwa alle 2 Jahre rentenversicherungsweit ausgewählt und mit Hilfe eines rechnergesteuerten Zufallsverfahrens auf die Gutachter verteilt. Die Bewertungen bilden die Grundlage indikationsbezogener Klinikvergleiche, die den Rentenversicherungsträgern und den Reha-Einrichtungen in Form von individuellen Ergebnisberichten mitgeteilt werden. Diese Ergebnisberichte geben den Reha-Einrichtungen – neben den ebenfalls mitgeteilten Bewertungen durch die Rehabilitanden aus der Rehabilitandenbefragung – wichtige Informationen für ihr internes Qualitätsmanagement.

- **Rehabilitandenbefragung**
  Die Rehabilitandenbefragung ist ein Instrument zur Messung der Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation.

Durch die kontinuierliche Befragung einer Stichprobe von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (8-12 Wochen nach Beendigung der Reha) wird sowohl die Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot als auch der Behandlungserfolg der Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhoben.

- **Rehabilitandenstruktur**
  Die Struktur der Rehabilitanden ist eine wichtige Grundlage für die Einordnung und gegebenenfalls Adjustierung der QS-Ergebnisse der Reha-Fachabteilungen.

  Der deskriptive Bericht liefert fachabteilungsbezogene Auswertungen unter anderem zu soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus und Diagnosen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung. Anhand der zurückgemeldeten Ergebnisse können Fachabteilungen überprüfen, ob ihre Reha-Daten korrekt und vollständig an die Deutsche Rentenversicherung übermittelt wurden.

- **Reha-Therapiestandards**
  Die Reha-Therapiestandards (RTS) sind Instrumente zur Messung der Prozessqualität einer medizinischen Rehabilitation.
  Sie werden in der Routine der Reha-Qualitätssicherung eingesetzt, um Mindestanforderung an die therapeutische Versorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit den häufigsten Krankheitsbildern zu definieren.
  Auf diese Weise wird garantiert, dass die Erbringung therapeutischer Leistungen während einer medizinischen Rehabilitation auf wissenschaftlicher, evidenzbasierter Grundlage erfolgt.
  Die dokumentierten Leistungseinheiten beruhen auf der Grundlage der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL 2015).

- **Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation**
  Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf geben Hinweise zum Reha-Ergebnis. Für einen Zeitraum von 2 Jahren nach Rehabilitation wird aufgezeigt, wie viele Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben oder durch Berentung (Alters-, Erwerbsminderungsrente) und Tod ausscheiden.

- **Therapeutische Versorgung – KTL**
  Die Auswertung zu den therapeutischen Leistungen verdeutlicht das Leistungsgeschehen, in dem sie Informationen zu Leistungsmenge, -dauer und -verteilung darstellt. Diese Angaben werden zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst. Überdies erhält die Reha-Einrichtung Anhaltspunkte zu ihrer Dokumentationsqualität.

- **Strukturanforderungen und Strukturerhebung**
  Die Strukturerhebungen sind ein Instrument zur Messung der Strukturqualität.
  In den Strukturerhebungen wird geprüft, in welchem Umfang medizinische

Fachabteilungen die Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung erfüllen.

Strukturanforderungen liegen für die häufigsten Indikationen und Versorgungsbereiche vor und setzen einheitliche Standards an die personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung. Dadurch wird sichergestellt, dass in allen Reha-Fachabteilungen, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, optimale Voraussetzungen für die Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bestehen.

- **Strukturierter Qualitätsdialog**
  Der Strukturierte Qualitätsdialog ist ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung, welches mehrere Qualitätsdimensionen abbildet und die Ergebnisse anderer QS-Instrumente einfließen lässt.
  In einem partnerschaftlichen Dialog zwischen Rentenversicherungsträger und Fachabteilung werden auffällige Qualitätsergebnisse besprochen.
  Der Strukturierte Qualitätsdialog zeigt Stärken und Schwächen auf und bietet Lösungsansätze für die kurz- und mittelfristige Verbesserung der Qualität in den Reha-Fachabteilungen.

- **Visitationen**
  Die Visitation ist ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung, welches mehrere Qualitätsdimensionen abbildet und die Ergebnisse anderer QS-Instrumente einfließen lässt.
  Die Stärke der Visitation besteht in einer Begehung einer Reha-Einrichtung vor Ort durch ein Visitationsteam. Dabei findet ein direkter Austausch mit den Leistungserbringern vor Ort und den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden statt. Die Visitation wird in Verantwortung des federführenden Rentenversicherungsträgers turnusmäßig oder anlassbezogen durchgeführt.

Vertiefende Informationen zur Reha-Qualitätssicherung können auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung heruntergeladen werden.

Reisekosten bei ganztägig ambulanten Leistungen

Sofern Versicherte täglich vom Wohnort/Aufenthaltsort zur Reha-Einrichtung fahren, werden den Rehabilitanden zunächst von Ihnen die erforderlichen Fahrkosten auf der Grundlage der „Gemeinsamen Grundsätze der Rentenversicherungsträger zur Erbringung von Reisekosten“ ausgezahlt. Diese sind im Intranet unter www.deutsche-rentenversicherung.de abrufbar.

Die Versicherten können wählen, ob sie öffentliche Verkehrsmittel oder ein sonstiges Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) nutzen.

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben erstattet den Reha-Einrichtungen die verauslagten Reisekosten zusammen mit der Abrechnung des Vergütungssatzes.

1. Der Weg wird zu Fuß zurückgelegt

Geht der Versicherte zu Fuß, entstehen keine Kosten. Es besteht kein Anspruch auf eine Wegstreckenentschädigung.

2. Der Weg wird mit dem Fahrrad zurückgelegt

Für die mit einem Fahrrad zurückgelegten Wegstrecken werden Fahrkosten erstattet. Die Erstattung erfolgt nach dem Bundesreisekostengesetz (in Verbindung mit der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Bundesreisekostengesetz). Eine Wegstreckenentschädigung von 5,00 Euro wird gezahlt, wenn ein Fahrrad mindestens 2 Mal innerhalb eines Monats benutzt wird. Das Vorliegen der Voraussetzung ist durch den Versicherten monatlich nachträglich der auszuzahlenden Stelle anzuzeigen.

3. Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt

3.1 Regelfall

Für die Fahrten zwischen dem Wohnort und der Reha-Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln werden die **notwendigen** Kosten übernommen, bei Bahnfahrten allerdings nur für die 2. Klasse.

Bei Bahnfahrten kann der Fahrpreis der 1. Klasse nur übernommen werden, wenn wegen Art und Schwere der Behinderung die Benutzung der 2. Klasse nicht zumutbar ist. Die Notwendigkeit der Benutzung der 1. Klasse muss durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Hierüber entscheidet die Deutsche Rentenversicherung Schwaben.

Mögliche Fahrpreisvergünstigungen (beispielsweise Wochenkarte, Monatskarte) sind in Anspruch zu nehmen.

3.2 Deutschlandticket

Für die Fahrten zwischen dem Wohnort und der Reha-Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln werden die **notwendigen** Kosten übernommen. Dies gilt auch bei Nutzung des Deutschlandtickets, so dass ein Vergleich mit anderen möglichen Fahrpreisen vorzunehmen ist (zum Beispiel Zeitkarten oder Einzelfahrscheine, insbesondere bei Teilmonaten).

3.3 Weitere Abonnements (beispielsweise Jahreskarten)

Besaß der Versicherte bereits vor der Leistung zur Teilhabe eine Jahreskarte, sind bei der Erstattung von Fahrkosten folgende Grundsätze zu beachten:

a) Kurzzeitmaßnahmen
Erstattungsfähig ist 1/30 des monatlichen Preises der Jahreskarte für jeden Anwesenheitstag.

Beispiel:
Für die Jahreskarte fallen monatlich Kosten in Höhe von 42,60 Euro an. Der Versicherte nahm an 10 Tagen an der Maßnahme teil.

⇨ Für jeden Anwesenheitstag sind 1,42 Euro (= 42,60 Euro : 30) zu erstatten. Bei 10 Anwesenheitstagen erhält der Versicherte 14,20 Euro.

Sollte der Versicherte eine übertragbare Jahreskarte (beispielsweise Umwelt-Abo plus) haben, wird die Differenz zur nicht übertragbaren Jahreskarte (beispielsweise Umwelt-Abo) nicht in Abzug gebracht.

Sollte die Jahreskarte weniger Zonen umfassen als zur Reha-Einrichtung erforderlich sind, ist auch der Differenzbetrag zu erstatten.

Umfasst die Jahreskarte mehr Zonen als zwischen Wohnort und Reha-Einrichtung erforderlich sind, wird 1/30 des monatlichen Preises für eine Jahreskarte über die benötigten Zonen für jeden Anwesenheitstag angesetzt.

b) Langzeitmaßnahmen
Zu erstatten ist der volle monatliche Preis der Jahreskarte, wenn der Versicherte bereits vor der Leistung zur Teilhabe eine Jahreskarte besaß und ansonsten für die Teilnahme an der Leistung zur Teilhabe eine Monatskarte zu kaufen wäre. Bei Teilmonaten gelten die Regelungen zu Kurzzeitmaßnahmen.

3.4 Reisekosten bei Streik

Sofern aufgrund eines Streiks die Anreise oder Abreise mit der Deutschen Bahn oder einem anderen Bahnunternehmen nicht möglich ist, können ersatzweise

angemessene Alternativen in Anspruch genommen und die hierdurch entstandenen Kosten erstattet werden.

Angemessene Alternativen können die Nutzung des Ersatzfahrplans oder anderer geeigneter Reisemittel sein. Möglich ist auch die Verschiebung der Anreise oder Abreise und gegebenenfalls eine damit verbundene Übernachtung.

Bei der Übernahme von Reisekosten, die bedingt durch einen Streik entstehen, handelt es sich um eine Entscheidung im Einzelfall, bei der auch die individuellen Umstände und die regionalen Gegebenheiten zu berücksichtigen sind. Die Fahrgastrechte der Reisenden bleiben im Übrigen unberührt.

4. Der Weg wird mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) zurückgelegt

4.1 Höhe der Wegstreckenentschädigung

Bei Benutzung eines sonstigen Verkehrsmittels (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) ist eine Wegstreckenentschädigung von 0,20 Euro je gefahrenen Kilometer zu zahlen. Mit dieser Wegstreckenentschädigung sind sämtliche Kosten (auch Parkgebühren) und auch die Mitnahme weiterer Personen (Fahrgemeinschaften) abgegolten.

4.2 Bestimmung der maßgebenden Entfernung

Für die Berechnung der Wegstreckenentschädigung sind die tatsächlich gefahrenen Kilometer maßgebend. Die Kilometer für Hin- und Rückfahrt werden zusammengerechnet und die Summe auf volle Kilometer abgerundet.

<u>Beispiel</u>
Der Versicherte pendelt für Hin- und Rückfahrt täglich jeweils 25,3 Kilometer.
Für jeden Anwesenheitstag ist eine Wegstreckenentschädigung in folgender Höhe zu zahlen:

- 25,3 Kilometer x 2 = 50,6 Kilometer

- 50 Kilometer x 0,20 Euro = 10,00 Euro

Die Angaben des Versicherten zur Kilometerzahl sind stets mit einem Routenplaner abzugleichen. Hierfür ist die schnellste Fahrverbindung vorzugeben.

Weichen die Angaben des Versicherten vom Ergebnis des Routenplaners ab, ist wie folgt zu verfahren:

a) Liegt die vom Versicherten angegebene Kilometerzahl <u>über</u> der Angabe des Routenplaners, so ist die Abrechnung auf die vom Routenplaner ermittelte

Wegstrecke zu begrenzen.

Falls der Versicherte mit der so ermittelten Kilometerzahl nicht einverstanden sein sollte und dies mit ungünstigen Verkehrsverhältnissen (beispielsweise Stau) beziehungsweise Zeitersparnis begründet, ist, wenn die Einwände berechtigt sind, eine Neubetrachtung vorzunehmen.

b) Liegt die vom Versicherten angegebene Kilometerzahl unter der Angabe des Routenplaners, so sind die Angaben des Versicherten für die Abrechnung der Fahrkosten heranzuziehen.

4.3 Der Weg wird in einer Fahrgemeinschaft zurückgelegt

Bilden mehrere Versicherte eine Fahrgemeinschaft, so ist die Wegstreckenentschädigung dem Fahrer des Kraftfahrzeugs zu erstatten. Für die Mitfahrer besteht kein Anspruch auf die Wegstreckenentschädigung.

Reisekosten bei stationären Leistungen

Als Reisekosten werden die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur stationären medizinischen Rehabilitation erforderlichen

- Fahrkosten (Ziffer 1),
- Kosten des Gepäcktransports (Ziffer 2),
- Verpflegungskosten (Ziffer 3),
- Fahrkosten für Familienheimfahrten (Ziffer 4),

übernommen.

1. Fahrkosten

Die Versicherten können wählen, ob sie öffentliche Verkehrsmittel oder ein sonstiges Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) nutzen.

1.1 Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt

1.1.1 Regelfall

Für die Fahrten zwischen dem Wohnort und der Reha-Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln werden die notwendigen Kosten übernommen, bei Bahnfahrten allerdings nur für die 2. Klasse.

Bei Bahnfahrten kann der Fahrpreis der 1. Klasse nur übernommen werden, wenn wegen Art und Schwere der Behinderung die Benutzung der 2. Klasse nicht zumutbar ist. Die Notwendigkeit der Benutzung der 1. Klasse muss durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Hierüber entscheidet die Deutsche Rentenversicherung Schwaben.

Mögliche Fahrpreisvergünstigungen (beispielsweise BahnCard, Sparpreis, BayernTicket) sind in Anspruch zu nehmen.

Zu den Fahrpreisvergünstigungen zählen auch die von Bahnunternehmen angebotenen Preisvergünstigungen für Kinder, wie zum Beispiel unentgeltliche Beförderung durch Eintragung auf der Fahrkarte einer Begleitperson. Die geltenden Tarife können den Internetseiten der Bahnunternehmen entnommen werden.

Erstattungsfähig sind auch

- die Zuschläge für Schnellzüge, Intercity-Züge (IC) und Intercity-Expresszüge (ICE),
- eine eventuell zu entrichtende Servicegebühr,
- eine Gebühr für bestimmte Zahlungsarten (beispielsweise für die Zahlung mit Kreditkarte oder dem Bezahldienst PayPal),
- die Kosten für eine Platzreservierung,
- die Kosten für Wertmarken für schwerbehinderte Menschen, sofern für den Rentenversicherungsträger ansonsten höhere Fahrkosten entstehen würden; die Kosten werden gegebenenfalls anteilig nach Monaten erstattet.

1.1.2 Deutschlandticket

Für die Fahrten zwischen dem Wohnort und der Reha-Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln werden die **notwendigen** Kosten übernommen. Dies gilt auch bei Nutzung des Deutschlandtickets, so dass ein Vergleich mit anderen möglichen Fahrpreisen vorzunehmen ist (zum Beispiel Zeitkarten oder Einzelfahrscheine, insbesondere bei Teilmonaten).

1.1.3 Reisekosten bei Streik

Sofern aufgrund eines Streiks die Anreise oder Abreise mit der Deutschen Bahn oder einem anderen Bahnunternehmen nicht möglich ist, können ersatzweise angemessene Alternativen in Anspruch genommen und die hierdurch entstandenen Kosten erstattet werden.

Angemessene Alternativen können die Nutzung des Ersatzfahrplans oder anderer geeigneter Reisemittel sein. Möglich ist auch die Verschiebung der Anreise oder Abreise und gegebenenfalls eine damit verbundene Übernachtung.

Bei der Übernahme von Reisekosten, die bedingt durch einen Streik entstehen, handelt es sich um eine Entscheidung im Einzelfall, bei der auch die individuellen Umstände und die regionalen Gegebenheiten zu berücksichtigen sind. Die Fahrgastrechte der Reisenden bleiben im Übrigen unberührt.

1.2 Der Weg wird mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) zurückgelegt

Bei Benutzung eines sonstigen Verkehrsmittels (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) ist eine Wegstreckenentschädigung von 0,20 Euro je gefahrenen Kilometer zu zahlen. Mit dieser Wegstreckenentschädigung sind sämtliche Kosten (auch Parkgebühren) und auch die Mitnahme weiterer Personen (Fahrgemeinschaften) abgegolten.

1.2.1 Bestimmung der maßgebenden Entfernung

Für die Berechnung der Wegstreckenentschädigung sind die tatsächlich gefahrenen Kilometer maßgebend. Die Kilometer für Hinfahrt und Rückfahrt werden zusammengerechnet und die Summe auf volle Kilometer abgerundet.

Beispiel
Der Versicherte fährt mit seinem Kraftfahrzeug 70,8 Kilometer zur Reha-Einrichtung. Für die Anreise und Abreise werden insgesamt 141,6 km (gerundet 141 km) zurückgelegt.

⇨ Als Fahrkosten werden für die Anreise und Abreise somit insgesamt erstattet:

141 km x 0,20 Euro = 28,20 Euro

Die Angaben des Versicherten zur Kilometerzahl sind stets mit einem Routenplaner abzugleichen. Hierfür ist die schnellste Fahrverbindung vorzugeben.

Weichen die Angaben des Versicherten vom Ergebnis des Routenplaners ab, ist wie folgt zu verfahren:

a) Liegt die vom Versicherten angegebene Kilometerzahl über der Angabe des Routenplaners, so ist die Abrechnung auf die vom Routenplaner ermittelte Wegstrecke zu begrenzen.

   Falls der Versicherte mit der so ermittelten Kilometerzahl nicht einverstanden sein sollte und dies mit ungünstigen Verkehrsverhältnissen (beispielsweise Stau) beziehungsweise Zeitersparnis begründet, ist, wenn die Einwände berechtigt sind, eine Neubetrachtung vorzunehmen.

b) Liegt die vom Versicherten angegebene Kilometerzahl unter der Angabe des Routenplaners, so sind die Angaben des Versicherten für die Abrechnung der Fahrkosten heranzuziehen.

1.2.2 Begrenzung der Wegstreckenentschädigung

Für die Anreise und Abreise werden höchstens 130,00 Euro gezahlt.

Beispiel
Der Versicherte fährt mit seinem Kraftfahrzeug 450 Kilometer zur Reha-Einrichtung. Für die Anreise und Abreise werden insgesamt 900 Kilometer zurückgelegt.

⇨ Als Fahrkosten wären für die Anreise und Abreise somit insgesamt zu erstatten:

900 km x 0,20 Euro = 180,00 Euro

Da der Höchstbetrag von 130,00 Euro überschritten ist, können für die Anreise und Abreise jeweils nur 65,00 Euro erstattet werden.

1.3 Der Weg wird mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) und öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt

Sofern der Versicherte mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) zum Bahnhof und von dort weiter mit der Bahn zur Rehabilitationseinrichtung fährt, ist wie folgt zu verfahren:

- Für die Fahrt mit dem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) zum Bahnhof ist die Wegstreckenentschädigung entsprechend Teilziffer 1.2 zu gewähren. Hierbei ist der Höchstbetrag von 130,00 Euro zu beachten.

- Zusätzlich sind dem Versicherten die Kosten für die Bahnfahrt entsprechend Teilziffer 1.1 zu erstatten. Diese Kosten sind nicht auf den Höchstbetrag von 130,00 Euro zu begrenzen.

Der Höchstbetrag von 130,00 Euro bleibt unverändert, wenn nur eine Fahrt (Hin- oder Rückfahrt) mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) und die andere Fahrt mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln durchgeführt wurde.

Beispiel
Der Versicherte fährt mit seiner Ehefrau im Kraftfahrzeug 450 Kilometer zur Rehabilitationseinrichtung. Eine Begleitperson ist aus medizinischen Gründen nicht erforderlich. Für die Rückfahrt mit der Bahn fallen Kosten in Höhe von 150,00 Euro an.

⇨ Zu erstatten sind folgende Beträge:

a) *Hinfahrt:*
450 Kilometer x 0,20 Euro = 90,00 Euro
(dieser Betrag überschreitet nicht den Höchstbetrag von 130,00 Euro)

b) *Rückfahrt:*
Kosten für die Bahnfahrt 150,00 Euro

Gesamt: 90,00 Euro
150,00 Euro

240,00 Euro

1.4 Begleitpersonen

1.4 1 Fahrkosten bei An-/Abreise mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug)

Ist eine Begleitperson ausschließlich für die Anreise und/oder Abreise medizinisch erforderlich, so erhält der Versicherte die Wegstreckenentschädigung bis zum Grenzbetrag von 130,00 Euro für seine An-/Abreise, und zusätzlich die entstehenden Kosten der erforderlichen Leerfahrten der Begleitperson ebenfalls bis zum Grenzbetrag von 130,00 EUR.

Beispiel:

Anreise des Versicherten mit Begleitperson:	70 km x 0,20 Euro	= 14,00 Euro
Abreise des Versicherten mit Begleitperson:	70 km x 0,20 Euro	= 14,00 Euro
Gesamt (Begrenzung auf 130,00 Euro, falls die Kosten den Grenzbetrag übersteigen)		28,00 Euro

Rückreise der Begleitperson:	70 km x 0,20 Euro	= 14,00 Euro
Anreise der Begleitperson:	70 km x 0,20 Euro	= 14,00 Euro
Gesamt (Begrenzung auf 130,00 Euro, falls die Kosten den Grenzbetrag übersteigen)		28,00 Euro

Bei einer Dauerbegleitung sind die Fahrkosten durch die Zahlung der Wegstreckenentschädigung bereits abgegolten. Das Gleiche gilt für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist.

1.4.2 Fahrkosten bei An-/Abreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Ist für die An-/Abreise eine Begleitperson medizinisch erforderlich, werden auch die notwendigen Kosten für die Fahrten der Begleitperson bis zur Höhe des Bahntarifs der 2. Klasse übernommen.

Haben Begleitpersonen Anspruch auf kostenlose Beförderung in öffentlichen Verkehrsmitteln (zum Beispiel Bahnfahrt bei Begleitung von Blinden), so sind ihnen lediglich für die Rückreise anlässlich der Aufnahme und für die Hinreise anlässlich der Abholung des Betreuten Reisekosten zu erstatten. Die kostenlose Beförderung der Begleitpersonen ist nämlich nur anlässlich der mit dem Betreuten gemeinsam durchgeführten Fahrt möglich.

1.4.3 Verdienstausfall für Begleitpersonen

Auf Antrag des Versicherten kann einer Begleitperson der durch die Begleitung entstandene und nachgewiesene Verdienstausfall erstattet werden. Näheres ist den „Gemeinsamen Grundsätzen der Rentenversicherungsträger zur Erstattung von Verdienstausfall“ zu entnehmen.

Die Abrechnung und Auszahlung des Verdienstausfalls erfolgt durch die Deutsche Rentenversicherung Schwaben.

1.5 Krankentransportfahrzeuge/andere Beförderungsmittel

Ist die Benutzung eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels wie auch eines sonstigen Verkehrsmittels (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht möglich oder nicht zumutbar, so können die Kosten für die Inanspruchnahme eines besonderen angemessenen Beförderungsmittels (beispielsweise Krankentransportfahrzeug) übernommen werden.

Die Frage der Angemessenheit richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles und ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.

Erforderliche Krankentransporte für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Schwaben werden exklusiv durch das BRK Neu-Ulm durchgeführt. Es wurde eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen, die es uns ermöglicht, die Transporte kostengünstig ausführen zu können.

Zur Organisation und Abrechnung solcher Rehabilitandentransporte wird auf das Stichwort „Transport von Rehabilitanden durch das Bayerische Rote Kreuz Neu-Ulm“ verwiesen.

1.6 Fahrkosten bei einer PKW-Anreise auf eine Insel

Wird die Rehabilitationsleistung auf einer Insel durchgeführt und benutzt der Versicherte für die Fahrt zum Fähranleger/Autozug (Insel Sylt) ein sonstiges Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug), sind ihm die gefahrenen Kilometer vom Wohnort zum Fähranleger/Autozug und zurückzuerstatten.

Zusätzlich werden die Kosten für die Überfahrt mit der Fähre oder dem Autozug übernommen. Die Kosten für den Transport des sonstigen Verkehrsmittels (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) werden nicht übernommen, es sei denn die Mitnahme des sonstigen Verkehrsmittels (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) auf die Insel ist wegen Art und Schwere der Behinderung aus medizinischen Gründen erforderlich. Parkgebühren sind mit der Wegstreckenentschädigung abgegolten.

1.7 Gleichzeitige Rehabilitation von Ehepaaren

Wird für ein **Ehepaar** eine Leistung in der gleichen Reha-Einrichtung durchgeführt, und die Anreise erfolgt gemeinsam mit dem Kraftfahrzeug, ist die Entfernungspauschale nur 1 Mal zu zahlen. Die – gegebenenfalls von Ihnen verauslagten – Reisekosten erstattet der Reha-Träger, der zuerst die Leistung bewilligt hat. Dies ist anhand des Erstellungsdatums der Kostenzusagen feststellbar.

2. Kosten des Gepäcktransports

Bei der Reise mit der Deutschen Bahn AG werden die nachweislich entstandenen Auslagen für das Befördern des notwendigen Reisegepäcks (höchstens 2 Gepäckstücke) bei Vorlage entsprechender Belege erstattet. Dabei ist die Serviceleistung der Deutschen Bahn AG zur Beförderung des Reisegepäcks (Kuriergepäck) in Anspruch zu nehmen. Den Gepäcktransport übernimmt die Firma Hermes im Auftrag der Deutschen Bahn AG (DB Gepäckservice).

Erstattet werden auch die Kosten für die Buchung eines Zeitfensters zu Abholung des Gepäcks am Wohnort (besondere Form der Servicegebühr).

Nicht erstattungsfähig sind

- der Aufpreis für eine Spätabholung oder eine Spätzustellung,
- die Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass der Versicherte beim vereinbarten Termin für die Gepäckabholung nicht anwesend ist,
- die Kosten für eine Gepäckversicherung,
- die Mehrkosten bei der Beauftragung anderer Paketdienste.

3. Verpflegungskosten

Dauert die Reise

- zwischen Wohnung und Reha-Einrichtung oder
- zwischen Reha-Einrichtung und Wohnung

mehr als 8 Stunden, kann jeweils ein Verpflegungsgeld gezahlt werden. Bei der Berechnung der Reisedauer ist die unvermeidbare Abwesenheit an einem Kalendertag vom Wohnort/Aufenthaltsort beziehungsweise der Reha-Einrichtung maßgebend.

Das Verpflegungsgeld wird pauschaliert und ohne Nachweis der tatsächlichen Mehraufwendungen erstattet.

Das pauschalierte Verpflegungsgeld (Tagegeld) beträgt in Anlehnung an § 6 BRKG einer Reisedauer

- von 24 Stunden 28,00 Euro
- von mehr als 8 Stunden 14,00 Euro

Ist das Frühstück Bestandteil der Übernachtungskosten, ist vom Verpflegungsgeld ein Betrag von 5,60 Euro (= 20 Prozent des Tagegeldes 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 Rehabilitationseinrichtung gestellt werden (zum Beispiel das Abendessen am Anreisetag beziehungsweise das Frühstück/Lunchpaket am Abreisetag) sind nicht auf das Verpflegungsgeld anzurechnen.

4. Fahrkosten für Familienheimfahrten

Familienheimfahrten sind Fahrten des Versicherten zum Wohnort/Aufenthaltsort seiner Familie, also zu dem Ort, an dem die Familie ihren Lebensmittelpunkt unterhält. Dabei ist der Familienbegriff weit auszulegen und auf jegliche Beziehungen enger persönlicher Verbundenheit und damit auch auf die Beziehungen zwischen nichtehelichen Partnern zu erstrecken.

Da die Regelung die teilnahmebedingte Unterbrechung des Kontaktes des Leistungsempfängers zu seiner Familie ausgleichen soll, kann als Familienwohnort nur der Ort angesehen werden, an dem der Leistungsempfänger selbst mit seiner Familie üblicherweise seinen Lebensmittelpunkt hat.

4.1 Medizinische Voraussetzungen

Die Entscheidung über Familienheimfahrten obliegt grundsätzlich der ärztlichen Leitung der Reha-Einrichtung. Familienheimfahrten sollten nur dann gewährt werden, wenn der Gesundheitszustand des Versicherten es zulässt.

4.2 Anzahl der Familienheimfahrten

Reisekosten werden im Regelfall für 2 Familienheimfahrten im Monat erbracht, wenn die Leistung länger als 8 Wochen dauert. 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 sollten die Familienheimfahrten so gelegt werden, dass die Rehabilitanden möglichst über die Feiertage nach Hause fahren.

Die Familienheimfahrten sollten unter Einschluss eines Wochenendes oder in Verbindung mit Feiertagen durchgeführt werden und in der Regel 3 Kalendertage einschließlich der Reisetage nicht überschreiten.

Im Jahr werden Kosten für höchstens 24 Familienheimfahrten übernommen. Familienheimfahrten zu Ostern, Pfingsten, Weihnachten oder anlässlich Ferien werden auf die Gesamtzahl der Familienheimfahrten angerechnet. Dasselbe gilt für Heimfahrten bei Erkrankung der Versicherten sowie bei Unterbrechung der Rehabilitationsleistung aus anderen Gründen.

Zusätzlich zu den Familienheimfahrten können die Kosten für Familienheimfahrten im Falle des Todes oder eines lebensbedrohenden Erkrankung der Ehegatten, Kinder, Eltern, Schwiegereltern, Geschwister, des Haushaltsführers des Versicherten übernommen werden. Der besondere Anlass ist nachzuweisen.

4.3 Besuchsfahrten von Angehörigen

Rehabilitanden können anstelle der Kosten für eine Familienheimfahrt auch die Kosten für die Reise je eines Angehörigen zur Reha-Einrichtung und zurückerstattet werden, soweit keine ärztlichen Bedenken entgegenstehen.

Die Höhe der Kosten (einschließlich Verpflegungs- und Übernachtungsgeld) richtet sich nach den sonst zu erbringenden Kosten für eine Familienheimfahrt. Fahrpreisermäßigungen, die nur der Versicherte hätte beanspruchen können, sind nicht zu berücksichtigen.

Wie bei den Familienheimfahrten werden Kosten für eine Besuchsfahrt eines Angehörigen übernommen, wenn die Leistung länger als 8 Wochen dauert.

4.4 Familienheimfahrten für Grenzgänger

Für Rehabilitanden, die ihren Wohnsitz im grenznahen Ausland haben, werden die Familienheimfahrten wie bei Rehabilitanden mit Wohnsitz im Inland übernommen. Damit werden auch die Reisekosten für die ausländische Wegstrecke übernommen.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

1. Allgemeines

Die medizinische Rehabilitation kann durch Rehabilitationssport oder Funktionstraining ergänzt und der Rehabilitationserfolg gefestigt werden.

Rehabilitationssport oder Funktionstraining umfassen bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Anleitung und Überwachung durchgeführt werden.

Es wird zwischen Rehabilitationssport (zum Beispiel bei orthopädischen Beschwerden) und Rehabilitationssport in Herzgruppen (bei Herz-Kreislauferkrankungen) unterschieden.

Funktionstraining (zum Beispiel bei entzündlich-rheumatischen Beschwerden) kann sowohl in Form von Trockengymnastik als auch in Form von Wassergymnastik durchgeführt werden. Auch eine Kombination von Trockengymnastik und Wassergymnastik ist möglich.

Näheres regelt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.01.2022, die im Internet unter www.bar-frankfurt.de abrufbar ist.

2. Hinweise zum Verfahrensablauf

Der Arzt der Reha-Einrichtung kann als ergänzende Leistung Rehabilitationssport oder Funktionstraining verordnen. Diese Verordnung (Formular G0850-00) beinhaltet unsere Kostenzusage.

Rehabilitationssport und Funktionstraining können bei entsprechendem Bedarf unabhängig von der Hauptindikation der Rehabilitation verordnet werden.

Die Dauer und die Anzahl der wöchentlichen Übungsveranstaltungen sind auf den speziellen Bedarf des Rehabilitanden festzulegen und auch von den örtlichen Gegebenheiten in den Rehabilitationssportgruppen oder Funktionstrainingsgruppen abhängig.

Der Umfang der Verordnung erstreckt sich im Allgemeinen auf mindestens eine Übungsveranstaltung pro Woche und umfasst in der Regel einen Zeitraum von 6 Monaten.

Der Rehabilitationssport oder das Funktionstraining soll möglichst zeitnah im Anschluss an die abgeschlossene Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen.

Die Rehabilitanden müssen die erste Therapieeinheit deshalb innerhalb einer Ausschlussfrist von **3 Monaten** nach dem Ende der Hauptleistung in Anspruch nehmen, ansonsten erlischt die Kostenzusage.

Für die Verordnung des Reha-Sports/des Funktionstrainings stehen die Formulare G0850-00 bis G0854-00 zur Verfügung.

3. Zugelassene Einrichtungen (Häuserliste)

Die aktuelle Häuserliste ist im Internet unter www.bvs-bayern.com abrufbar.

Stufenweise Wiedereingliederung

1. Checkliste (Formular G0833-00)

Um eine zeitnahe Prüfung der stufenweisen Wiedereingliederung und Zuständigkeitsabgrenzung realisieren zu können, müssen die Reha-Einrichtungen bei jedem arbeitsunfähig entlassenen Versicherten, der in einem Beschäftigungsverhältnis steht oder selbständig tätig ist, am Ende der Rehabilitationsleistung die „Checkliste“ (Formular G0833-00) erstellen.

Diese ist zwingend bis zum Entlassungstag datenschutzgerecht per Fax an den zuständigen Rentenversicherungsträger und die Krankenkasse des Versicherten zu übermitteln. Eine Übermittlung nach dem Entlassungstag ist zu vermeiden, weil der Sachverhalt mit dem Versicherten nicht mehr besprochen werden kann.

Die Angaben in der Checkliste und im ärztlichen Entlassungsbericht dürfen sich nicht widersprechen.

Die Checkliste ist auch zu erstellen, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nicht eingeleitet wird. In der Checkliste ist konkret Stellung dazu zu nehmen, ob eine stufenweise Wiedereingliederung notwendig ist, ob die stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet wurde oder woran die Einleitung gegebenenfalls gescheitert ist.

Dem Versicherten ist eine Kopie der Checkliste zur Vorlage beim behandelnden Arzt zur Verfügung zu stellen.

2. Voraussetzungen für die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung für eine stufenweise Wiedereingliederung

Die Deutsche Rentenversicherung ist für die stufenweise Wiedereingliederung zuständig, wenn

- zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die vom Rentenversicherungsträger erbracht wurde, Arbeitsunfähigkeit vorliegt, die länger als 4 Wochen dauert und das Erreichen der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar ist,

- die Erforderlichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung sich während der medizinischen Rehabilitation ergibt. Maßgebend sind die Diagnosen, die zur Rehabilitation geführt haben.

- der Versicherte der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmt,

- der Arbeitgeber des Versicherten der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmt,

- der Versicherte zur Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung ausreichend gesundheitlich belastbar ist (mindestens 2 Stunden täglich, bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen 2 Stunden insgesamt) und

- die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar, das heißt innerhalb von 4 Wochen (28 Tagen) nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen kann.

Liegt die Zustimmung des Arbeitgebers nicht bis zum Ende der Rehabilitation vor, kann eine stufenweise Wiedereingliederung grundsätzlich nicht eingeleitet werden.

Weitere Informationen können auch dem **Formular G0831-00** (Kriterien zur Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung für die Rehabilitationseinrichtung) entnommen werden.

Informationen für unsere Versicherten sind im Formular G0832-00 (Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für die Versicherten) zusammengestellt, das für das Gespräch mit den Rehabilitanden nützlich sein kann.

2.1 Arbeitsunfähigkeit und medizinische Voraussetzungen

2.1.1 Kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit

Unter dem Begriff der „kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeit“ im Formular „Checkliste“ ist zu verstehen, dass auch ohne die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von 4 Wochen mit Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist.

In diesem Fall ist eine stufenweise Wiedereingliederung **nicht** einzuleiten.

2.1.2 Medizinische Voraussetzungen

Um eine stufenweise Wiedereingliederung durchführen zu können, müssen aus medizinischer Sicht

- Arbeitsunfähigkeit (nicht nur bei Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch während des Zeitraums der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung),
- eine ausreichende Belastbarkeit und
- eine günstige Aussicht auf berufliche Wiedereingliederung

gegeben sein.

Bei einem Abbruch einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann keine stufenweise Wiedereingliederung durch die Rentenversicherung erfolgen, da das Rehabilitationsziel nicht erreicht worden ist.

Arbeitsunfähige Versicherte müssen noch (beziehungsweise wieder) über ein Leistungsvermögen verfügen, welches sie in die Lage versetzt, die bisherige berufliche Tätigkeit zwar nicht in dem arbeitsvertraglich festgelegten, aber in einem geringeren zeitlichen oder inhaltlichen Umfang verrichten zu können.

Zugleich ist die positive Prognose erforderlich, dass die Ausübung der Tätigkeit im vollen zeitlichen und inhaltlichen Umfang absehbar wieder möglich sein wird. Zu Beginn der Wiedereingliederung muss eine Arbeitsbelastung von mindestens 2 Stunden pro Arbeitstag gesundheitlich möglich sein.

Eine innerbetriebliche Umsetzung des Versicherten im Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation stellt einen Ausschlussgrund für eine stufenweise Wiedereingliederung durch die Rentenversicherung dar.

Indikationen für eine stufenweise Wiedereingliederung können grundsätzlich alle schwereren oder chronischen Erkrankungen sein.

Eine Arbeitsunfähigkeit, die nicht mit den Rehabilitationsdiagnosen im Zusammenhang steht, kann nicht zur Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung führen.

2.2 Unmittelbarkeit, Beginn und Ende

Unmittelbar bedeutet, dass die stufenweise Wiedereingliederung einen engen zeitlichen Zusammenhang zur vorangegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation aufweisen muss.

Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn die stufenweise Wiedereingliederung spätestens innerhalb von 4 Wochen (28 Tagen) nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt.

Fällt das Ende der 4-Wochen-Frist auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, endet die Frist am darauffolgenden Werktag.

Die stufenweise Wiedereingliederung muss an einem Arbeitstag (in der Regel Montag bis Freitag) enden.

2.3 Dauer

Die Gesamtdauer der Maßnahme, die täglich zumutbare Arbeitszeit sowie die Abfolge und Dauer der einzelnen Stufen (Intervalle) werden vom (Reha-)Arzt im Wiedereingliederungsplan (Formular G0834-00) festgelegt.

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung (Erstverordnung) soll regelmäßig 4 Wochen nicht überschreiten. Soweit im Einzelfall eine längere Dauer medizinisch zwingend erforderlich erscheint, ist die Erstverordnung auf maximal 8 Wochen zu beschränken.

Über den behandelnden Hausarzt kann jederzeit eine Verlängerung der stufenweisen Wiedereingliederung beantragt werden. Das Verlängerungsverfahren koordiniert dann der Rentenversicherungsträger.

2.4 Formulare

Die von Ihnen im Zusammenhang mit der Feststellung und Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung zu verwendenden Formulare der Deutschen Rentenversicherung werden regelmäßig modifiziert.

Es wird darum gebeten, ausschließlich die jeweils im Internet zur Verfügung gestellten aktuellen Formulare zu verwenden. Dies gilt insbesondere für die „Checkliste“.

Derzeit gibt es nachfolgende Formulare für die stufenweise Wiedereingliederung:

G0830-00	Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für Ärzte und Sozialarbeiter der Rehabilitationseinrichtungen
G0831-00	Kriterien zur Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung für die Rehabilitationseinrichtung
G0832-00	Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für die Versicherten
G0833-00	Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung
G0834-00	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Stufenplan)
G0835-00	Antrag auf Erstattung von Kosten für Fahrten zur Arbeitsstelle anlässlich einer stufenweisen Wiedereingliederung
G0838-00	Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für Arbeitgeber
G0840-00	Beginnmitteilung zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung zur Weiterzahlung von Übergangsgeld im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung
G0842-00	Folgebescheinigung oder Abschlussbescheinigung zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung zur Weiterzahlung von Übergangsgeld im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung

3. Hinweise zum Verfahrensablauf

Wenn sämtliche Voraussetzungen bis zum Entlassungstag tatsächlich vorliegen, sind dem Versicherten bei seiner Entlassung folgende Formulare auszuhändigen:

G0832-00 (Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung)

G0833-00 in Kopie („Checkliste“)

G0834-00 in Kopie (Stufenplan)

G0838-00 (Information für Arbeitgeber)

G0840-00 (Beginnmitteilung stufenweise Wiedereingliederung)

Insbesondere das Formular G0840-00 hat wesentliche Bedeutung für die wirtschaftliche Sicherung des Versicherten. Es ist maßgeblich für die Weiterzahlung des Übergangsgeldes durch den Rentenversicherungsträger.

Der Arbeitgeber kann die Beginnmitteilung (G0840-00) an den zuständigen Rentenversicherungsträger per Fax übermitteln.

Transport von Rehabilitanden durch das Bayerische Rote Kreuz Neu-Ulm

1. Allgemeines

Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Schwaben, für die ein Sitzendtransport oder Liegendtransport notwendig ist, sind ausschließlich durch das Bayerische Rote Kreuz Neu-Ulm zu befördern.

Erforderliche Krankentransporte für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Schwaben werden exklusiv durch das BRK Neu-Ulm durchgeführt. Es wurde eine entsprechende Vereinbarung geschlossen, um die Transporte kostengünstig durchführen zu können.

Betroffen sind alle Rehabilitandentransporte, die von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben als notwendig erachtet werden und im Zusammenhang mit der Anreise zur Reha-Einrichtung stehen. Selbstverständlich nicht davon betroffen sind Rettungsdiensteinsätze nach dem Bayerischen Gesetz zur Regelung von Notfallrettung, Krankentransporten und Rettungsdienst (BayRDG) in der jeweils gültigen Fassung.

2. Krankentransportverordnung

Sofern Rehabilitanden aus medizinischen Gründen einen Sitzendtransport oder Liegendtransport benötigen, ist die Notwendigkeit mit einer Krankentransportverordnung zu belegen.

Wir informieren Sie mit einem ergänzenden Schreiben zur Kostenübernahme, wenn diese Notwendigkeit aus den Antragsunterlagen hervorgeht (insbesondere bei Anschlussrehabilitationen).
Darüber hinaus kann in den Fällen, in denen eine Anreise im Kraftfahrzeug mit Begleitperson genehmigt wurde, aber keine Möglichkeit besteht, mit einem Kraftfahrzeug beziehungsweise einer Begleitperson anzureisen, das BRK im Rahmen eines sitzend Transport in Anspruch genommen werden. Der Rehabilitandentransport ist von Ihnen unter Beachtung der Vereinbarung mit dem BRK Neu-Ulm zu organisieren.

Ist der Bedarf für einen Transport bei Bewilligung für die DRV Schwaben nicht ersichtlich, muss der Transport vom Versicherten beantragt werden. Hierüber werden die Versicherten im Bewilligungsbescheid informiert.

Sofern Rehabilitanden für die Heimreise von der Reha-Einrichtung aus medizinischen Gründen einen Sitzendtransport oder Liegendtransport benötigen, muss die Notwendigkeit mit einer Krankentransportverordnung belegt werden.

Bitte organisieren Sie in diesem Fall (auch) die Heimreise mit dem BRK Neu-Ulm.

Die Krankentransportverordnung muss dem BRK bei Abholung des Rehabilitanden unaufgefordert ausgehändigt werden, damit sie der Kostenabrechnung mit der Deutschen Rentenversicherung Schwaben beigelegt werden kann.

3. Hinweise zum Verfahrensablauf

Alle erforderlichen Krankentransporte sind grundsätzlich von der Reha-Einrichtung zu organisieren. Dies gilt auch für Anschlussrehabilitationen bei denen die Krankentransporte nicht von den Krankenhäusern veranlasst werden.

Die Adresse unseres Vertragspartners lautet:

Bayerisches Rotes Kreuz (BRK)
Pfaffenweg 42
89231 Neu-Ulm

BRK - Kontaktdaten:
Das BRK Neu-Ulm informiert die Beteiligten in der Regel am Tag vor der Abholung zwischen **14.00 Uhr und 17.00 Uhr** über den Abreisezeitpunkt.

Bei Rückfragen ist das BRK Neu-Ulm telefonisch erreichbar unter **0731/93807780**.

Überführungskosten

Die Kosten der Überführung eines Verstorbenen von der Reha-Einrichtung bis zum Wohnort werden vom Rentenversicherungsträger übernommen. Hierzu gehören auch Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Überführung entstehen (beispielsweise Kosten der Einsargung sowie für die Benutzung der Kühlanlage und Kosten für einen eventuell notwendigen Transportbegleiter). Kosten, die im Zusammenhang mit der Bestattung entstehen (zum Beispiel Aufbahrung, Sargdekoration, Kerzenschmuck) werden dagegen nicht übernommen.

Unfallversicherung

1. Rechtsgrundlagen

Nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe a SGB VII sind Personen in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert, die von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine stationäre oder ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten.

Dieser Versicherungsschutz erstreckt sich nach § 8 SGB VII auch auf Unfälle, die sich auf dem Wege zur und von der Reha-Einrichtung ereignen.

Zuständiger Unfallversicherungsträger ist die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG). Die Beiträge werden von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben getragen.

1.1 Arbeitsunfall

Im Gesetz wird ein Arbeitsunfall als ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis definiert, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt, wenn es im Zusammenhang mit einer versicherten Tätigkeit steht. Es muss also ein direkter Zusammenhang bestehen zwischen dem Unfall und dem Aufenthalt im Gefahrenbereich der Reha-Einrichtung oder der aktiven Mitwirkung an den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Grundsätzlich ist jeder Unfall innerhalb der Reha-Einrichtung ein Arbeitsunfall, es sei denn der Unfall

- hat sich aus innerer Ursache ereignet (zum Beispiel Anfallsleiden, Alkoholeinwirkung),
- hat sich bei eigenwirtschaftlicher Betätigung ereignet (zum Beispiel Billardspiel, Tanzen),
- ist durch selbstgeschaffene Gefahr verursacht worden,
- hat sich bei einer nach anderen Vorschriften versicherten Tätigkeit

ereignet.

Die Entscheidung, ob ein Arbeitsunfall vorliegt, trifft die Berufsgenossenschaft. Zur Vermeidung von etwaigen Nachteilen für die Teilnehmer ist im Zweifelsfall vorsorglich eine Unfallanzeige (siehe Ziffer 2) zu erstellen.

1.2 Wegeunfall

Versichert ist auch der Weg zur und von der Reha-Einrichtung. Die Entscheidung, ob ein Wegunfall vorliegt, trifft die Berufsgenossenschaft. Zur Vermeidung von etwaigen Nachteilen für die Teilnehmer ist im Zweifelsfall vorsorglich eine Unfallanzeige (siehe Ziffer 2) zu erstellen.

2. Meldung von Unfällen an die Berufsgenossenschaft

Wird der Rehabilitand durch den Unfall so schwer verletzt, dass er für mehr als 3 Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig wird oder stirbt, muss dies der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft mitgeteilt werden. Die Reha-Einrichtung muss den Unfall der Berufsgenossenschaft innerhalb von 3 Tagen melden ("Unfallanzeige").

2.1 An welche Stelle ist die Unfallanzeige zu richten?

Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft ist in eine Hauptverwaltung mit Sitz in Hamburg und regionale Bezirksverwaltungen gegliedert. Die regionale Zuständigkeit der Bezirksverwaltungen richtet sich dem Wohnort der verunglückten Person und nicht nach dem Sitz der Reha-Einrichtung.

Die zuständige Bezirksverwaltung kann unter www.vbg.de ermittelt werden.

2.2 In welcher Form ist die Unfallanzeige zu erstellen?

Die Unfallanzeige kann elektronisch erstellt werden. Voraussetzung ist ein Benutzerkonto bei der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft. Alternativ kann die Unfallanzeige auch per Post oder Fax an die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft gesandt werden. Der Vordruck ist auf der Internetseite der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (www.vbg.de) abrufbar.

3. Begleitpersonen

Für Begleitpersonen besteht grundsätzlich kein Unfallversicherungsschutz.

Vorgespräch

Soweit das Therapiekonzept der Reha-Einrichtung ein

- Vorstellungsgespräch,
- Kontaktgespräch oder
- Aufnahmegespräch

vor Beginn der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorsieht, können die anfallenden Reisekosten dann übernommen werden, wenn dies von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben vorab genehmigt wurde.

Die im Zusammenhang mit dem Vorgespräch anfallenden Reisekosten werden dem Versicherten durch die Deutsche Rentenversicherung Schwaben erstattet. Sofern ein Vorgespräch erforderlich ist, erhält der Versicherte von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben einen Antrag auf Erstattung von Reisekosten für das Vorgespräch. Dieser wird mit der Bewilligung des Vorgesprächs versandt.

Wechsel der Behandlungsform

1. Allgemeines

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben ermächtigt

- die Fachklinik Bad Wörishofen,
- die Fachklinik Oberstdorf,
- die Fachklinik Lindenberg,
- die Psychosomatische Klinik Buching,
- die Fachklinik Ichenhausen,
- die Fachklinik Enzensberg,
- RKU - Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm,
- die Reha-Klinik Überruh, Isny,
- Pro Vita, Augsburg, in Kooperation mit der Fachklinik Ichenhausen,
- die Fachklinik Legau,

die Form der Durchführung ohne gesonderte Antragstellung eigenverantwortlich zu ändern, wenn bei der Aufnahmeuntersuchung festgestellt wird, dass

- statt der bewilligten stationären Leistung eine ganztägig ambulante Rehabilitation beziehungsweise
- statt der bewilligten ganztägig ambulanten Leistung eine stationäre Rehabilitation

besser geeignet ist und in der gleichen Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden soll. Gleiches gilt, wenn im Verlauf der Rehabilitation die Umstellung der Durchführungsform angebracht erscheint.

2. Abrechnung

Beim stationären Teil der Reha-Leistung werden der erste und der letzte Tag als ein Tag zusammengerechnet (Kostensatz für 1 stationären Tag).

Beim ambulanten Teil wird der ambulante Kostensatz für jeden Therapietag vergütet.

Der Verlegungstag wird dem ersten Teil, der darauffolgende Tag dem zweiten Teil der Leistung zugerechnet.

3. Hinweise zum Verfahrensablauf

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben benötigt in solchen Fällen noch am Tag der Änderung eine formlose Mitteilung per Fax, aus der hervorgeht, zu welchem Zeitpunkt der Wechsel in die andere Durchführungsform vorgenommen worden ist.

Aus rechtlichen und abrechnungstechnischen Gründen wird von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben ein neuer Bewilligungsbescheid erteilt.

Erfolgt der Wechsel im Laufe einer Reha-Leistung, genügt ein ärztlicher Entlassungsbericht über beide Teile der Reha-Leistung.

Weihnachtsregelung

1. Allgemeines

Die Weihnachtsregelung hat zum Ziel, schlichte Aufenthaltstage ohne therapeutischen Zugewinn zu vermeiden.

2. Stationäre Leistungen

Für Rehabilitanden, die keinen Anspruch auf Familienheimfahrten haben, wird Weihnachtsurlaub grundsätzlich nicht gewährt. Die Reha-Einrichtungen werden jedoch ermächtigt, den Rehabilitanden über die Feiertage eine Heimfahrt zu ermöglichen, soweit dagegen keine ärztlichen Bedenken bestehen und der Erfolg der Rehabilitation nicht beeinträchtigt oder gefährdet wird.

Reisekosten werden nicht übernommen.

Der Zeitraum der zulässigen Abwesenheit ist davon abhängig, auf welchen Wochentag der 24.12. fällt. Danach ergibt sich folgende Regelung:

24.12.	= Montag:	mögliche Abwesenheit vom 22.12. bis 26.12. = 5 Tage
	= Dienstag:	mögliche Abwesenheit vom 24.12. bis 26.12. = 3 Tage
	= Mittwoch:	mögliche Abwesenheit vom 24.12. bis 28.12. = 5 Tage
	= Donnerstag:	mögliche Abwesenheit vom 24.12. bis 27.12. = 4 Tage
	= Freitag:	mögliche Abwesenheit vom 24.12. bis 26.12. = 3 Tage
	= Samstag:	mögliche Abwesenheit vom 24.12. bis 26.12. = 3 Tage
	= Sonntag:	mögliche Abwesenheit vom 23.12. bis 26.12. = 4 Tage

Ist die reguläre Entlassung des Rehabilitanden für den Tag nach der Unterbrechung vorgesehen, soll eine Entlassung vor Beginn der Feiertage angestrebt werden, sofern dies medizinisch vertretbar ist, weil die Rehabilitationsziele bereits erreicht sind oder mit einer in Erwägung zu ziehenden Verlängerung um ausgefallene Therapiezeiten kein Zugewinn an Reha-Erfolg zu erwarten ist.

Sofern Rehabilitanden im Einzelfall keine Heimreise über die Weihnachtsfeiertage/Neujahrsfeiertage wünschen, kann die Leistung auch nach den Feiertagen planmäßig beendet werden.

3. Ganztägig ambulante Leistungen

Die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung in Bayern vertreten einheitlich die Auffassung, dass die Tage 24.12. (Heiligabend) und 31.12. (Silvester), soweit sie auf einen Arbeitstag (Montag bis Freitag) fallen, grundsätzlich als normale Therapietage zu sehen sind. Sofern die Therapie an diesen Tagen unterbleibt, ist sie an einem vorhergehenden oder nachfolgenden Samstag im Bewilligungszeitraum zu erbringen.

Dies gilt auch für stationäre Einrichtungen, die Rehabilitation auch in ambulanter Form erbringen.

4. Familienheimfahrten

Soweit bei länger andauernden Leistungen im Dezember ein Anspruch Familienheimfahrten besteht, müssen ihn die Rehabilitanden für die Beurlaubung anlässlich der Weihnachtsfeiertage nutzen. Reisekosten werden in der üblichen Weise übernommen.

Rehabilitanden, die erst im Januar des Folgejahres die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Familienheimfahrten erfüllen, können eine Heimfahrt für die Weihnachtsbeurlaubung in den Monat Dezember vorverschieben mit der Folge, dass die Familienheimfahrt für Januar bereits abgegolten ist beziehungsweise anstelle von 2 nur noch 1 Heimfahrt zusteht.

Sofern für das Weihnachtswochenende und Neujahrswochenende eine Familienheimfahrt gewünscht wird, ist das möglich, solange die Gesamtzahl von 2 Familienheimfahrten in den Monaten Dezember und Januar nicht überschritten wird und medizinische Gesichtspunkte nicht entgegenstehen.

5. Vergütungssatz

Für die Dauer der Weihnachtsbeurlaubung gilt die stationäre Leistung als nicht unterbrochen. Es kann der volle Vergütungssatz abgerechnet werden. Die eingesparten Verpflegungskosten verbleiben den Reha-Einrichtungen und dürfen keinesfalls dem Rehabilitanden erstattet werden.

Die Reha-Einrichtungen, die ganztägig ambulante Leistungen erbringen, erhalten nur für die Tage den Vergütungssatz, an denen die Rehabilitation tatsächlich durchgeführt worden ist.

6. Planung von Aufnahmeterminen

Soweit möglich empfehlen wir und bitten darum, die Lage von Feiertagen bei der Aufnahmeplanung zu berücksichtigen, indem Reha-Leistungen außerhalb der Anschlussrehabilitation möglichst so geplant werden, dass die Leistungen ohne Qualitätseinbußen vor Weihnachten beendet werden können oder erst nach dem Dreikönigtag beginnen.

Zuzahlung

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben informiert die Versicherten über Höhe und Dauer einer eventuell zu leistenden Zuzahlung mit einem gesonderten Bescheid. Die Zuzahlung muss der Versicherte uns dann überweisen. Die Reha-Einrichtung braucht nichts zu veranlassen.

Wesentliche Änderungen

Version 006 (Fassung vom 01.01.2024)		
Abbruch der Leistung	-	Ergänzende Ausführungen im Abschnitt „Vorzeitige Beendigung aus disziplinarischen Gründen“ zu den Aufgaben der Reha-Einrichtung und des vorzeitigen Abbruchs aufgenommen. - Ergänzende Ausführungen im Abschnitt „Hinweise zum Verfahrensablauf“ zur Entlassungsanzeige aufgenommen.
Aufnahme	-	Ausführungen entfernt, dass der Versicherte zu Beginn der ganztätig ambulanten Rehabilitation mit dem Formular GXA 124 seine Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung erklärt und die Folgen mangelnder Mitwirkung zur Kenntnis nimmt. Das Verfahren wurde beendet.
Aufnahmeanzeige	-	Das bis 31.12.2023 und ab 01.01.2024 geltende Verfahren wurde beschrieben.
Datenschutz	-	Redaktionelle Anpassungen
Dauer der Leistung	-	Redaktionelle Änderungen bei „Indikationsbezogener Verweildauer (Budget)“. - Neuer Abschnitt zum „Verfahren bei Kinderrehabilitation". Ausführungen zur Bewilligungsdauer, Behandlungsdauer sowie das Verfahren bei Verlängerung wurde beschrieben.
Diagnoseverschlüsselung nach der ICD	-	Redaktionelle Anpassungen
Entlassungsbericht	-	Ausführungen zur Weitergabe an die Rehabilitanden aufgenommen. - Redaktionelle Anpassungen im Abschnitt „Weitergabe an die Krankenkasse und den MD“. - Ergänzung einer Ausnahme im Abschnitt „Weitergabe an sonstige Stellen oder Behörden".
Entlassungsmitteilung	-	Neu erstelltes Kapitel.
Fehlzeiten	-	Neuer Abschnitt zu „elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) aufgenommen“. - Neues Verfahren für die Meldung von Fehltagen während einer ganztätig ambulanten Rehabilitation

		aufgenommen. - Ergänzende Ausführungen im Abschnitt „Mitwirkung der Versicherten“ zu den Aufgaben der Reha-Einrichtung und des vorzeitigen Abbruchs aufgenommen. - Im Abschnitt „Vergütungssatz“ wurden die Sachverhalte, die zu den entschuldigten Fehltagen zählen, aufgelistet.
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	-	Bei den „Hinweisen zum Verfahrensablauf“ wurden die Formularnummern aktualisiert.
Medikamente	-	Ergänzung, dass in der Rechnung nur die tatsächlichen Medikamentenbezugskosten von der Lieferapotheke einschließlich Mehrwertsteuer anzugeben sind.
Nachsorge	-	Mitaufnahme des Links des Fragen-Antwort-Kataloges (FAQ) zur Umsetzung des Rahmenkonzepts. - Ergänzung, dass keine Nachsorgeempfehlung erteilt wird, wenn die DRV als zweitangegangener unzuständiger Träger die Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbringt. - Hinweis auf die Unterschriften des Versicherten im Formular G4802-00. - Hinweis auf die Eintragung des Ersttermins unter Ziffer 6 im Formular G4802-00. - Redaktionelle Anpassungen im Abschnitt „Dauer der Leistung“. - Konkretisierung, dass T-RENA als Gruppentraining 26 Behandlungseinheiten (zzgl. eines einmaligen Einweisungstrainings) umfasst und dass im Anschluss an das Einweisungstraining die Durchführung des ersten Gruppentrainings möglich ist. - Ergänzende Ausführungen zur Verlängerung aufgenommen. - Ausführungen zum „Wechsel der Nachsorgeeinrichtung“ aufgenommen. - Aufnahme eines Hinweises zum maßgeblichen Vergütungssatz. - Die Nachsorge SATT – Schwäbische Adipositas Trainings-Therapie – wurde auf Grund der Einführung des Nachsorgekonzepts für Adipositas (IRENA) zum 29.02.2020 eingestellt. Die Ausführungen wurden entfernt.

	-	Neues Kapitel (10.4) zum Unfallversicherungsschutz ergänzt.
Nichtantritt von Leistungen	-	Das geänderte Verfahren wurde aufgenommen. Bei Nichtantritt des Versicherten ist eine Rücksendung der Unterlagen nicht (mehr) erforderlich.
Reisekosten bei ganztägig ambulanten Leistungen	-	Geänderte Regelung bei Fahrradnutzung: Bei Fahrradnutzung wird bei einer Nutzung von mindestens 2 Mal innerhalb eines Monats eine Wegstreckenentschädigung in Höhe von 5,00 Euro gezahlt.
	-	Ausführungen zum Deutschlandticket aufgenommen.
	-	Ausführungen zu Reisekosten bei Streik aufgenommen.
Reisekosten bei stationären Leistungen	-	Redaktionelle Anpassungen.
	-	Ausführungen zum Deutschlandticket aufgenommen.
	-	Ausführungen zu Reisekosten bei Streik aufgenommen.
	-	Ergänzende Ausführungen zu Verpflegungskosten im Hinblick auf Mahlzeiten die vor Beginn oder nach Ende der Reise von der Rehabilitationseinrichtung gestellt werden.
	-	Geänderte Ausführungen zur Anzahl der Familienheimfahrten.
	-	Der Abschnitt „Beurlaubung aus besonderem Anlass“ wurde entfernt.
Transport von Rehabilitanden durch das Bayerische Rote Kreuz Neu-Ulm	-	Geändertes Verfahren ergänzt. Die Notwendigkeit eines Krankentransports aus einem Zusatzschreiben zur Kostenübernahme erkennbar.
Werks- und Betriebsärzte	-	Stichwort wurde entfernt, da das Werksarztmodell beendet wurde.

Version 005 (Fassung vom 01.01.2019)		
Fehlzeiten	-	Ergänzung der Fehlzeitentabellen bei stationären und ganztägig ambulanten Leistungen.
Nachsorge	-	Anpassung an bundeseinheitliche Nachsorgekonzepte ab 01.01.2019.
	-	Anpassung an die Gemeinsame Richtlinie der Rentenversicherung für Leistungen zur Nachsorge (in Kraft ab 01.07.2018).
Präventionsleistungen	-	Neu erstelltes Stichwort.
Rehabilitationssport und Funktionstraining	-	Verordnung von Reha-Sport und Funktionstraining ist unabhängig von der Hauptindikation möglich.

Version 004 (Fassung vom 08.02.2018)		
Datenschutz	-	Bekanntgabe der Empfehlung für den Datenschutz in Reha-Einrichtungen, die für die Deutsche Rentenversicherung vertraglich tätig sind“.
Dauer der Leistung	-	Streichung der Begrenzung der Leistungsdauer von 6-wöchigen Leistungen auf 42. Tag.
Entlassungsbericht	-	Verfahrensänderung bzgl. der Übersendung von Entlassungsberichten an Krankenkassen und Dritte.
Hilfsmittel zur Berufsausübung/technische Arbeitshilfen	-	Neu erstelltes Stichwort.

Version 003 (Fassung vom 10.07.2017)		
Allgemeines	-	Berücksichtigung der Änderungen durch das Flexirentengesetz (FlexiG). - Anpassung von Formularnummern an das neue Ordnungssystem der Rentenversicherung.
Dauer der Leistung	-	Streichung der Begrenzung der Leistungsdauer onkologischer Nachsorgeleistungen .
Diagnoseverschlüsselung nach der ICD	-	Anpassung an die aktuell gültige Fassung.
Reisekosten bei stationären Leistungen	-	Ziffer 1.1 – Erstattungsfähige Aufwendungen - Ziffer 2 – Einfügen des Hinweises auf „Normalgepäck“
Nachsorge	-	Erhöhung der Kostensätze bei psychosomatischer Nachsorge

Version 002 (Fassung vom 16.03.2015)		
Reisekosten bei ganztägig ambulanten Leistungen	-	Wegfall der Begrenzung von Fahrkosten bei ganztägig ambulanten Leistungen

Version 001 (Fassung vom 01.08.2014)
Erstauflage der Hinweise für Rehabilitationseinrichtungen.