



Hinweise 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	8
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	11
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	15
1. Weiterleitung der Aufnahmeanzeige	15
2. Besonderheiten bei Anschlussrehabilitationen (AHB)	15
3. Maschinelles Datenaustausch	15
Begleitpersonen	16
1. Dauerbegleitung	16
1.1 Erwachsene als Begleitperson	16
1.2 Kinder als Begleitperson	16
2. Reisebegleitung	17
2.1 Reisekosten	17
2.2 Verdienstausschlag	17
Datenschutz	19
Dauer der Leistung	20
1. Allgemeines	20
2. Indikationsbezogene Verweildauer (Budget)	20
3. Keine Indikationsbezogene Verweildauer (Kein Budget)	20
4. Besonderheiten bei ganztägig ambulanter Rehabilitation	21
5. Verfahren bei Kinderrehabilitationen	21

Disease-Management-Programm (DMP)	22
Diagnoseverschlüsselung nach der ICD-10-GM	24
Eilfälle	25
1. Allgemeines	25
2. Verschiebung des Aufnahmeterrmins.....	25
Entlassungsbericht	26
1. Aufbau des Entlassungsberichtes	26
2. Versand des Entlassungsberichtes	26
3. Weitergabe des ärztlichen Entlassungsberichts.....	26
3.1 Weitergabe an die Krankenkasse und den MDK.....	26
3.2 Weitergabe an sonstige Stellen oder Behörden	27
3.3 Weitergabe an weiterbehandelnden Arzt, Werks-/Betriebsärzte sowie weiterbehandelnde Reha-Einrichtungen oder Therapeuten.....	27
4. Anforderung von Kurzberichten oder Stellungnahmen durch Krankenkassen.....	28
Fehlzeiten	29
1. Allgemeines	29
2. Besonderheiten bei Fehltagen aus medizinischen Gründen während einer ganztägig ambulanten Rehabilitation	29
3. Hinweise zum Verfahrensablauf bei Fortsetzung / Beendigung der Leistung.....	29
3.1 Krankheitsbedingte Unterbrechung	29
3.2 Mitwirkung der Versicherten	30
4. Vergütungssatz.....	30
Anlage 1 - Regelung zu Fehlzeiten während einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.....	30
Anlage 2 - Regelung zu Fehlzeiten während einer ganztägig ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation.....	32
Geltungsdauer von Kostenzusagen	35
Hilfsmittel zur Berufsausübung / technische Arbeitshilfen	36
1. Höhenverstellbare Schreibtische	36
2. Bürostühle.....	36
3. Ergonomische Tastaturen und Mäuse.....	36
4. Orthopädische Fahrzeugsitze.....	36
5. Korrektionschutzbrillen.....	37
6. Leistungspflicht der Deutschen Rentenversicherung	37
Interkurrente Erkrankungen	38
1. Zuständigkeit der Rentenversicherung	38
2. Zuständigkeit der Krankenversicherung	38
3. Vergütungssatz / Bettenfreihaltegebühr	38
4. Fahr- oder Transportkosten	39
4.1 Behandlung in einem Krankenhaus am Reha-Ort.....	39
4.2 Behandlung in einem Krankenhaus am Wohnort	39
4.3 Behandlung in einem Krankenhaus weder am Reha-Ort noch am Wohnort.....	39

4.4 Ambulante ärztliche Behandlung am Reha-Ort	39
5. Zahnbehandlung	39
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	40
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	41
1. Allgemeines	41
2. Hinweise zum Verfahrensablauf	41
Medikamente	42
1. Allgemeines	42
2. Kostenübernahme besonders teurer Medikamente	42
2.1 Erstattungsfähige Kosten	42
2.2 Erstattungsfähige Medikamente / Therapien	42
3. Hinweise zum Verfahrensablauf	43
Nachsorge	44
1. Allgemeines	44
2. Formen der Nachsorge	44
3. Voraussetzungen	45
4. Einleitung der Nachsorge	45
4.1. Nachsorgeempfehlung durch die Reha-Einrichtung	45
4.2. Antragstellung durch Versicherte	45
5. Beginn der Nachsorge	46
6. Nachsorgeeinrichtungen	46
7. Dauer der Leistung	47
7.1. Unterbrechungen im Gesamtzeitraum	49
7.2. Abbruch der Nachsorge durch die Einrichtung	49
8. Wechsel der Nachsorgeeinrichtung	49
9. Fahrkosten	Fehler! Textmarke nicht definiert.
10. Höhe der Kosten und Abrechnung	50
11. Ergänzende Leistungen bei Durchführung einer Nachsorge	51
11.1. Haushaltshilfe	51
11.2. Zuzahlung	51
12. SATT - Schwäbische Adipositas Trainings-Therapie –	51
12.1. Einleitung der Nachsorge	51
12.2. Beginn der Nachsorge	52
12.3. Dauer der Leistung	52
12.4. Höhe der Kosten und Abrechnung	53
Nichtantritt von Leistungen	55
Nichtraucherschutz	56
Präventionsleistungen	57
1. Allgemeines	57
2. Art und Umfang der Leistungen	57

3. Fahrkosten	58
Qualitätssicherung	59
Reisekosten bei ganztägig ambulanten Leistungen.....	61
1. Der Weg wird zu Fuß zurückgelegt	61
2. Der Weg wird mit dem Fahrrad zurückgelegt	61
3. Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt	61
3.1. Regelfall.....	61
3.2. Besonderheiten bei Jahreskarten / Abonnements	62
4. Der Weg wird mit einem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt	62
4.1. Höhe der Wegstreckenentschädigung	62
4.2. Bestimmung der maßgebenden Entfernung	63
4.3. Der Weg wird in einer Fahrgemeinschaft zurückgelegt	63
Reisekosten bei stationären Leistungen	64
1. Fahrkosten.....	64
1.1. Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt.....	64
1.2. Der Weg wird mit einem Kraftfahrzeug zurückgelegt.....	65
1.2.1. Bestimmung der maßgebenden Entfernung	65
1.2.2. Begrenzung der Wegstreckenentschädigung	65
1.3. Der Weg wird mit einem Kraftfahrzeug und öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt	66
1.4. Begleitpersonen.....	67
1.4.1. Reisekosten bei An-/Abreise mit einem privaten Kraftfahrzeug.....	67
1.4.2. Reisekosten bei An- / Abreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln	67
1.4.3. Verdienstaufschlag für Begleitpersonen.....	67
1.5. Krankentransportfahrzeuge / andere Beförderungsmittel (Taxi).....	67
1.6. Fahrkosten bei einer Pkw-Anreise auf eine Insel.....	68
1.7. Gleichzeitige Rehabilitation von Ehepaaren	68
2. Kosten des Gepäcktransports	68
3. Verpflegungskosten	69
4. Kosten für Familienheimfahrten.....	69
4.1. Medizinische Voraussetzungen.....	69
4.2. Anzahl der Familienheimfahrten.....	69
4.3. Beurlaubung aus besonderem Anlass	70
4.4. Besuchsfahrten von Angehörigen	70
4.5. Familienheimfahrten für Grenzgänger.....	71
Rehabilitationssport und Funktionstraining	72
1. Allgemeines	72
2. Hinweise zum Verfahrensablauf	72
3. Zugelassene Einrichtungen (Häuserliste).....	73
Stufenweise Wiedereingliederung.....	74
1. Checkliste (Formular G0833).....	74

2. Voraussetzungen für die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung für eine stufenweise Wiedereingliederung.....	74
2.1. Arbeitsunfähigkeit und medizinische Voraussetzungen.....	75
2.1.1. Kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit.....	75
2.1.2. Medizinische Voraussetzungen.....	75
2.2. Unmittelbarkeit, Beginn und Ende.....	76
2.3. Dauer.....	76
2.4. Formulare.....	77
3. Hinweise zum Verfahrensablauf.....	77
Transport von Rehabilitanden durch das Bayerische Rote Kreuz Neu-Ulm.....	78
1. Allgemeines.....	78
2. Krankentransportverordnung.....	78
3. Hinweise zum Verfahrensablauf.....	79
Überführungskosten.....	80
Unfallversicherung.....	81
1. Rechtsgrundlagen.....	81
1.1. Arbeitsunfall.....	81
1.2. Wegeunfall.....	81
2. Meldung von Unfällen an die Berufsgenossenschaft.....	82
2.1. An welche Stelle ist die Unfallanzeige zu richten?.....	82
2.2. In welcher Form ist die Unfallanzeige zu erstellen?.....	82
2.3. Hinweise zum Internetangebot der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft.....	82
3. Begleitpersonen.....	82
Vorgespräch.....	83
Wechsel der Behandlungsform.....	84
1. Allgemeines.....	84
2. Abrechnung.....	84
3. Hinweise zum Verfahrensablauf.....	84
Weihnachtsregelung.....	86
1. Allgemeines.....	86
2. Stationäre Leistungen.....	86
3. Ganztägig ambulante Leistungen.....	86
4. Familienheimfahrten.....	87
5. Vergütungssatz.....	87
6. Planung von Aufnahmetermenin.....	87
7. Hinweise zum Verfahrensablauf.....	87
Werks- und Betriebsärzte.....	88
Zuzahlung.....	89
Wesentliche Änderungen.....	90

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir im Folgenden die männliche Form verwendet. Selbstverständlich richten sich die Ausführungen an Frauen und Männer 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 „*Interkurrenten Erkrankungen*“ verwiesen.

2. Vorzeitige Beendigung aus disziplinarischen Gründen

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

Der Rehabilitand hat hier 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, d. h. 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, soll sie ihm die vorzeitige Entlassung androhen. Wirkt der Rehabilitand weiterhin nicht (ausreichend) mit, kann und 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, dokumentieren Sie bitte die Ihnen bekannten Gründe im Entlassungsbericht.

4. Hinweise zum Verfahrensablauf

Den Abbruch teilen Sie bitte der Deutschen Rentenversicherung Schwaben unverzüglich telefonisch oder per FAX mit, um Überzahlungen von Geldleistungen an den Versicherten zu vermeiden.

Bei einem Abbruch der Leistung erhalten die Deutsche Rentenversicherung Schwaben und die zuständige Krankenkasse eine Entlassungsanzeige.

Achten Sie bitte bei den Angaben auf Blatt 1 des Entlassungsberichtes besonders auf die zutreffende Verschlüsselung der Felder „Entlassungsform“ und „Arbeitsfähigkeit“.

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 teilen Sie uns bitte Unterbrechungstatbestände unverzüglich mit.

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

2. Begleitpersonen

Sofern die Deutsche Rentenversicherung Schwaben für die Dauer der Leistung eine Begleitperson 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 bzw. unmittelbar nach der ambulanten Operation erstellt und zusammen mit dem vom Versicherten unterschriebenen AHB-Antrag der Deutschen Rentenversicherung Schwaben zugefaxt bzw. 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 Reha-Einrichtung und 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.

Medizinische Rehabilitation

Anschlussrehabilitation (AHB)

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 Aufnahme-termin.

2. Verschieben des Aufnahmetermins (keine Eilfälle)

Über Anträge, den Aufnahmetermin zu verschieben, können Sie im Rahmen der Geltungsdauer der Kostenzusage, ohne Einschaltung der Deutschen Rentenversicherung Schwaben, frei entscheiden.

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 verspätet und damit außerhalb der Geltungsdauer des Bewilligungsbescheides erfolgen, verweisen Sie die Versicherten bitte wegen einer Verlängerung der Geltungsdauer an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben. Ergänzend wird auf das Stichwort „*Geltungsdauer von Kostenzusage*“ 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

Jeder Versicherte muss bei Beginn der ganztägig ambulanten Behandlung eine Erklärung unterschreiben, in der er seine Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung erklärt, aber auch zur Kenntnis nimmt, welche Folgen sich aus mangelnder Mitwirkung, insbesondere bei unentschuldigtem Fehltagen, ergeben können.

Hierfür steht das Formular GXA 124 zur Verfügung. Die unterschriebene Erklärung wird in den Unterlagen der Reha-Einrichtung verwahrt.

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 Übergangsgeldes an den Versicherten veranlasst werden kann.

Bitte versehen Sie die Aufnahmeanzeige für ggf. erforderliche Rückfragen stets mit dem Stempel der Rehabilitationseinrichtung.

Das zweite Exemplar ist für die zuständige Krankenkasse bestimmt, die damit ebenfalls über den Beginn der Leistung informiert wird.

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. Maschinelles Datenaustausch

Rehabilitationseinrichtungen, 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 ggf. erforderliche Dauerbegleitperson. Die Kostenzusage enthält dann einen entsprechenden Hinweis.

Neben den Reisekosten und einem evtl. entstehenden Verdienstaussfall 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

Reisekosten

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

Verdienstaussfall

Auf Antrag des Versicherten wird einer erforderlichen Begleitperson während der Durchführung einer stationären Leistung zur Teilhabe oder einer Kinderrehabilitation der entstandene Verdienstaussfall 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 Verdienstaussfalls 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 (z. B. alleinerziehende Mutter).

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 evtl. 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 An- 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 bzw. das Akuthaus erhalten eine entsprechende Mitteilung.

Bei der Auswahl der geeigneten Transportart (sitzend vs. liegend) für Rehabilitanden, die mit dem BRK Neu-Ulm anreisen, kann es vereinzelt Unstimmigkeiten geben, die teilweise auch Beschwerden von Versicherten nach sich ziehen. Wir bitten Sie deshalb 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 (G0260) weiterhin gültig ist.

Bei Kinderheilbehandlungen werden die Kosten für einen Reisebegleiter 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“ verwiesen.

2.2 Verdienstaufschlag

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

Medizinische Rehabilitation

Begleitperson

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

Datenschutz

Unabhängig davon, durch wen medizinische Leistungen zur Rehabilitation für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt werden, ist durch geeignete Maßnahmen zu gewährleisten, dass die Rechte der Versicherten beachtet werden. Dies gilt sowohl für den innerbetrieblichen Bereich, als auch für Kontakte mit Personen oder Stellen außerhalb der Rehabilitationseinrichtung.

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung haben eine rentenversicherungsweit einheitliche *„Empfehlung für den Datenschutz in Rehabilitationseinrichtungen, die für die Deutsche Rentenversicherung vertraglich tätig sind“*, abgestimmt.

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

Pfad:

Home → Rente & Reha → Rehabilitation → Fachinformationen → Infos für Reha-Einrichtungen → Infos für das Reha-Team → Datenschutz

Zum Verfahren bei der Übersendung des Entlassungsberichts 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 Rehabilitationseinrichtung 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 - ggf. indikationsbezogene - zeitliche Budget jedoch nicht überschritten werden.

2. Indikationsbezogene Verweildauer (Budget)

Verlängerungen brauchen nicht beantragt werden, zwingend ist jedoch die Anzeige der Verlängerung gegenüber

- der Deutschen Rentenversicherung Schwaben,
- dem Versicherten, wegen der Informationspflicht gegenüber dem Arbeitgeber, und
- der Krankenkasse.

Für die Verlängerungsanzeige steht das Formular 7446 zur Verfügung.

Jede Abweichung von der bewilligten Behandlungsdauer (sowohl Verkürzung als auch Verlängerung) ist im Entlassungsbericht zu begründen.

Wegfall der persönlichen Voraussetzungen während der Behandlungsdauer:

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 nicht innerhalb des zeitlichen Budgets verlängert werden.

Sollte nach ärztlicher Feststellung eine Fortführung (Verlängerung) der Leistung erforderlich sein, müssen Sie bei der Krankenkasse des Versicherten eine Anschlussfinanzierung 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 unentschuldigtem oder entschuldigtem Feiertag aus, so können diese von den Einrichtungen auch innerhalb der regulären Therapiedauer an Samstagen nachgeholt werden.

5. Verfahren bei Kinderrehabilitationen

Für allein reisende Kinder ist eine indikationsspezifische Behandlungsdauer festgelegt worden. Die Kliniken können in diesen Fällen die Maßnahmen eigenverantwortlich verkürzen und verlängern. Die Begründung für die Verlängerung ist im Entlassungsbericht zu dokumentieren.

Für begleitete Kinder ist die Bewilligungsdauer grundsätzlich auf 4 Wochen festgeschrieben. Eine medizinisch notwendige Verlängerung bedarf daher einer ärztlichen Begründung. Die Gründe für die Verlängerung sind im Entlassungsbericht zu dokumentieren.

Disease-Management-Programm (DMP)

Zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen wurden die Disease-Management-Programme (DMPs) eingeführt. Es gibt die sog. 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 leistungs- 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 Rehabilitationseinrichtungen 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 bitten wir die Versicherten, bei der Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung die DMP-Dokumentationsbogen vorzulegen. So ist sichergestellt, dass alle notwendigen Informationen vorliegen.

Um einen reibungslosen Informationsfluss und die Behandlungskontinuität zu gewährleisten

- fragen Sie bitte routinemäßig bei der Anamnese bereits nach einer eventuellen Teilnahme an DMP's und notieren Sie die Adresse des DMP koordinierenden Arztes,
- berücksichtigen Sie bitte während der Rehabilitation die Vorgaben der DMP Programme, insbesondere die Vorschriften zur Arzneimitteltherapie, bzw. falls davon aus medizinischen Gründen abgewichen werden muss, begründen Sie dies im Entlassungsbericht gesondert (die Therapiefreiheit im Einzelfall wird nicht eingeschränkt),
- übersenden Sie bitte zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität den Entlassungsbericht mit Einverständnis des Versicherten dem DMP koordinierenden Arzt.

Diagnoseverschlüsselung nach der ICD-10-GM

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) wird weltweit zur Verschlüsselung eingesetzt. Ab dem 1. Januar 2016 ist die Version 2016 zu verwenden.

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.

Für den internen Gebrauch in der gesetzlichen Rentenversicherung wird den Anwendern ein übersichtlicher Auszug aus den zugelassenen Schlüsselnummern bereitgestellt. Der Rentenversicherungsauszug enthält neben dem fast kompletten systematischen Schlüsselverzeichnis ein Vorwort und Dokumentationshinweise.

Die Broschüre "Diagnosenschlüssel ICD-10-GM Version 2014" kann über den Bestellservice der Deutschen Rentenversicherung Bund gegen eine Schutzgebühr bezogen werden:

bestellservice@drv-bund.de

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 Aufnahmeterrmins

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

Ein Verschieben des Aufnahmeterrmins 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 einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 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.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass dem Feld „Ursache der Erkrankung (ab 2015: Krankheitsursache)“ auf Blatt 1 des Entlassungsberichtes eine besondere Bedeutung zukommt. Wir bitten Sie, das Feld 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, Erstattungs- oder Regressansprüche gegen Unfallverursacher zu prüfen.

2. Versand des Entlassungsberichtes

Aus dem ärztlichen Entlassungsbericht werden sowohl Schlussfolgerungen für nachfolgende Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (z. B. 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, d. h. innerhalb von maximal 14 Tagen nach der Entlassung der Rehabilitanden zu übersenden.

3. Weitergabe des ärztlichen Entlassungsberichts

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch Ziffer 2 unserer „*Empfehlungen für den Datenschutz in Rehabilitationseinrichtungen, die für die Deutsche Rentenversicherung vertraglich tätig sind*“. Diese kann, in der jeweils aktuellen Version auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung Schwaben heruntergeladen werden (Home → Rente & Reha → Rehabilitation → Fachinformationen → Infos für Reha-Einrichtungen → Infos für das Reha-Team → Datenschutz)

3.1 Weitergabe an die Krankenkasse und den MDK

Aus datenschutzrechtlicher Sicht dürfen Sie der Krankenkasse oder dem MDK das **Blatt 1** des Entlassungsberichtes auf Anforderung übermitteln, 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.

Für die medizinische Begutachtung nach § 275 SGB V darf der **vollständige** Reha-Entlassungsbericht an den zuständigen MDK übermittelt werden, wenn der Betroffene hierzu sein Einverständnis erklärt hat.

Hierzu ist es ebenfalls ausreichend, wenn die für den MDK 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.

Der GKV-Spitzenverband hat ein neues Verfahren konzipiert das über ein elektronisches Mitteilungsmanagement (MiMa) die Kommunikation der Krankenkassen und des Medizinischen Diensten regelt.

Hierfür wurde der neu entwickelten "Weiterleitungsbogen" – Muster 86 entwickelt. Im Muster 86 wird von den Krankenkassen neben den versichertenbezogenen Daten auch die Adresse des MDK im Adressfeld vorgegeben.

Die Entlassungsberichte sind daher von Ihnen mit dem Muster 86 direkt an die darin vorgegebene Adresse des MDK zu versenden. Eine Weitergabe der Anforderungen an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben ist nicht erforderlich.

3.2 Weitergabe an sonstige Stellen oder Behörden

Anfragen zur Übersendung des vollständigen Reha-Entlassungsberichtes von sonstigen Stellen (z. B. Agentur für Arbeit, Zentrum Bayern Familie und Soziales – Versorgungsamt -, Sozialgericht etc.) 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.

3.3 Weitergabe an weiterbehandelnden Arzt, Werks-/Betriebsärzte sowie weiterbehandelnde Reha-Einrichtungen oder Therapeuten

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

Den vollständigen Entlassungsbericht können Sie daher diesen Stellen zusenden, sofern die Einverständniserklärung des Versicherten (Formular G0820) oder bei Kinderrehabilitationen die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten bzw. des Jugendlichen (ab Vollendung des 15. Lebensjahres) vorliegt (Formular G0822).

Zur Weitergabe des Entlassungsberichtes an Werks-/Betriebsärzte wird auf das Stichwort „*Werks- und Betriebsärzte*“ verwiesen.

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 enthaltenen Informationen, dürfen nur dem MDK der Krankenkassen zugeleitet werden.

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

Fehlzeiten

1. Allgemeines

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

- stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Anlage 1) und
- ganztägig ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Anlage 2)

verständnis.

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

2. 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.

3. 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 bitten wir Sie, vor Wiederaufnahme der Rehabilitanden den Sachverhalt mit unseren Mitarbeitern zu besprechen. Die Kontaktdaten sind in der Kostenzusage enthalten.

3.1 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, beenden Sie bitte die Leistung mit dem ersten Tag der Unterbrechung (vorzeitige Beendigung / Abbruch).

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, beantragen Sie bitte die Verlängerung im üblichen Verfahren.

3.2 Mitwirkung der Versicherten

Nach unserer Auffassung erstreckt sich die Mitwirkungspflicht auf den gesamten Prozess der Rehabilitation, d. h. 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, soll sie ihm die vorzeitige Entlassung androhen. Wirkt der Rehabilitand weiterhin nicht (ausreichend) mit, kann und soll die Reha-Einrichtung den Rehabilitanden vorzeitig entlassen.

Ab zwei 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 Fehltag(e) oder den Abbruch der Reha-Leistung teilen Sie uns bitte unverzüglich telefonisch oder schriftlich per Fax mit. Bitte dokumentieren Sie diese zusätzlich auch im ärztlichen Entlassungsbericht.

4. Vergütungssatz

Bei ganztägig ambulanten Leistungen wird für Tage, an denen der Versicherte – gleichgültig aus welchen Gründen – nicht teilgenommen hat, keine Vergütung gezahlt.

Anlage 1 - Regelung zu Fehlzeiten während einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation

1. Unentschuldigte Fehltag(e)

Ziffer	Sachverhalt	Zeitlicher Umfang	Lösung
1.1	Einzelne unentschuldigte Fehltag(e)	Ab 1. Tag	Kein Übergangsgeldanspruch ab dem 1. Tag.
1.2	Unentschuldigte/r Fehltag/e vor oder nach einem Wochenende oder Feiertag (z. B. in Verbindung mit Familienheimfahrten)	Ein oder mehrere Fehltag(e)	Kein Übergangsgeldanspruch für den/die Fehltag/e.

1.3	Unentschuldigte Fehltage vor <u>und</u> nach einem Wochenende oder Feiertag	Mehrere Fehltage	Kein Übergangsgeldanspruch für die Fehltage einschließlich Wochenende oder Feiertag
------------	---	------------------	---

1. Fehltage aus persönlichen Gründen

Ziffer	Sachverhalt	Zeitlicher Umfang	Lösung
2.1	Schwere Erkrankung eines Angehörigen, der im selben Haushalt lebt (ärztliche Bescheinigung erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.2	Erkrankung eines Kindes - Kinderbegriff entsprechend § 45 Abs. 1 und 4 SGB V – (ärztliche Bescheinigung erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.3	Erkrankung der Betreuungsperson, wenn ein Kind, das das 8. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung dauernd pflegebedürftig ist, vorhanden ist. (ärztliche Bescheinigung über die Erkrankung der Betreuungsperson erforderlich, ggf. Bescheinigung über die Behinderung des Kindes)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.4	Niederkunft der Ehefrau bzw. Lebenspartnerin (Geburtsurkunde erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.5	Eheschließung, eigenes Ehejubiläum und Familienfeiern	Ein oder mehrere Fehltage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.6	Tod des Ehegatten, des Lebenspartners, eines Kindes oder Elternteils	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.7	Tod eines Schwiegerelternteils	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.8	Wohnungswechsel	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.9	Polizeiliche oder gerichtliche Termine, Erfüllung staatsbürgerliche Pflichten (z. B. Schöffe) (Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich)	Stundenweiser bis tageweiser Ausfall	Übergangsgeldanspruch für die jeweiligen Kalendertage; nur insoweit, als dass Versicherte nicht Ansprüche auf Ersatz des Übergangsgeldes gegenüber Dritten geltend machen können.
2.10	Behördengänge (Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich)	Stundenweiser bis tageweiser Ausfall	Übergangsgeldanspruch für die jeweiligen Kalendertage, sofern diese nicht in therapiefreien Zeiten möglich sind.
2.11	Religiöse Feste und nicht gesetzliche Feiertage	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.12	Ehrenamtliche Tätigkeit	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.

Medizinische Rehabilitation

Fehlzeiten

2.13	Teilnahme an Einsätzen oder Ausbildungskursen im Rahmen des Katastrophenschutzes einschließlich Schwesternhelferinnenlehrgänge (Ausnahme: siehe 2.14)	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.14	Teilnahme an Einsätzen des Technischen Hilfswerks im Rahmen des Katastrophenschutzes	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für die jeweiligen Kalendertage.

2. Fehltage aus medizinischen Gründen

Ziffer	Sachverhalt	Zeitlicher Umfang	Lösung
3.1	Krankheitsbedingte Unterbrechung (Nachweis ab erstem Unterbrechungstag erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
3.2	Interkurrente Erkrankung - mit Krankenhausaufenthalt – (Nachweis ab erstem Unterbrechungstag erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch vom Verlegungstag ins Krankenhaus bis zum Tag vor der Rückverlegung in die Reha-Einrichtung.
3.3	Arztbesuch (Bescheinigung erforderlich)	Stundenweiser bis tageweiser Ausfall	Übergangsgeldanspruch für die notwendige Dauer, sofern der Arztbesuch nicht in der therapiefreien Zeit möglich ist.

Anlage 2 - Regelung zu Fehlzeiten während einer ganztägig ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation

1. Unentschuldigte Fehltage

Ziffer	Sachverhalt	Zeitlicher Umfang	Lösung
1.1	Einzelne unentschuldigte Fehltage	Ab 1. Tag	Kein Übergangsgeldanspruch ab dem 1. Tag.
1.2	Unentschuldigte/r Fehltag/e vor oder nach einem Wochenende oder Feiertag	Ein oder mehrere Fehltage	Kein Übergangsgeldanspruch für den/die Fehltag/e.
1.3	Unentschuldigte Fehltage vor und nach einem Wochenende oder Feiertag	Mehrere Fehltage	Kein Übergangsgeldanspruch für die Fehltage einschließlich Wochenende oder Feiertag.

2. Fehltage aus persönlichen Gründen

Ziffer	Sachverhalt	Zeitlicher Umfang	Lösung
2.1	Schwere Erkrankung eines Angehörigen, der im selben Haushalt lebt (ärztliche Bescheinigung erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.2	Erkrankung eines Kindes - Kinderbegriff entsprechend § 45 Abs. 1 und 4 SGB V – (ärztliche Bescheinigung erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.3	Erkrankung der Betreuungsperson, wenn ein Kind, das das 8. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung dauernd pflegebedürftig ist, vorhanden ist. (ärztliche Bescheinigung über die Erkrankung der Betreuungsperson erforderlich, ggf. Bescheinigung über die Behinderung des Kindes)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.4	Niederkunft der Ehefrau bzw. Lebenspartnerin (Geburtsurkunde erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.5	Eheschließung, eigenes Ehejubiläum und Familienfeiern	Ein oder mehrere Fehltage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.6	Tod des Ehegatten, des Lebenspartners, eines Kindes oder Elternteils	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage.
2.7	Tod eines Schwiegerelternteils	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.8	Wohnungswechsel	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.9	Polizeiliche oder gerichtliche Termine, Erfüllung staatsbürgerliche Pflichten (z. B. Schöffe) (Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich)	Stundenweiser bis tageweiser Ausfall	Übergangsgeldanspruch für die jeweiligen Kalendertage, nur insoweit, als Versicherte nicht Ansprüche auf Ersatz des Übergangsgeldes gegenüber Dritten geltend machen können.
2.10	Behördengänge (Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich)	Stundenweiser bis tageweiser Ausfall	Übergangsgeldanspruch für die jeweiligen Kalendertage, sofern diese nicht in der therapiefreien Zeiten möglich sind.
2.11	Religiöse Feste und nicht gesetzliche Feiertage	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.12	Ehrenamtliche Tätigkeit	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.13	Teilnahme an Einsätzen oder Ausbildungskursen im Rahmen des Katastrophenschutzes einschließlich Schwesternhelferinnenlehrgänge (Ausnahme: siehe 2.14)	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch.
2.14	Teilnahme an Einsätzen des Technischen Hilfswerks im Rahmen des Katastrophenschutzes	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für die jeweiligen Kalendertage.

3. Fehltage aus medizinischen Gründen

Ziffer	Sachverhalt	Zeitlicher Umfang	Lösung
3.1	Krankheitsbedingte Unterbrechung (Nachweis ab erstem Unterbrechungstag erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Übergangsgeldanspruch für längstens 3 Kalendertage je Unterbrechung. Bei längerer Unterbrechung besteht vom ersten Tag der Unterbrechung an kein Anspruch auf Übergangsgeld.
3.2	Interkurrente Erkrankung - mit Krankenhausaufenthalt - (Nachweis ab erstem Unterbrechungstag erforderlich)	Ein oder mehrere Tage	Kein Übergangsgeldanspruch vom Aufnahmetag ins Krankenhaus bis zum Tag der Entlassung.
3.3	Arztbesuch (Bescheinigung erforderlich)	Stundenweiser bis tageweiser Ausfall	Übergangsgeldanspruch für die notwendige Dauer, sofern der Arztbesuch nicht in der therapiefreien Zeit möglich ist.

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.

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

Sollte der Rehabilitand nicht innerhalb der Gültigkeitsdauer des Bescheides aufgenommen werden können, teilen Sie dies bitte der Deutschen Rentenversicherung Schwaben unverzüglich mit.

Erfordert die Arbeitsplatzsituation des Versicherten eine Verschiebung des Reha-Beginns, kann die Geltungsdauer durch einen Ergänzungsbescheid verlängert werden. Den hierfür erforderlichen Antrag muss der Versicherte bei der Deutschen Rentenversicherung Schwaben stellen.

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 Büroustattung 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 $> 40^\circ$
- Kyphoskoliose mit einem Cobb-Winkel $> 40^\circ$
- Hüft- und Kniearthrodese
- 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 Fahr-

zeugsitze 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. Korrektionschutzbrillen

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

Bitte teilen sie uns Beginn und Ende einer interkurrenten Erkrankung stets sofort telefonisch oder per Fax mit.

Macht die interkurrente Erkrankung eine Verlegung in ein Krankenhaus am Ort oder in der Nähe der Rehabilitationseinrichtung 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 Rehabilitationseinrichtung 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 Rehabilitationseinrichtung 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 potentieller 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 Erkrankungen 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 An- 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 (z. B. Taxikosten) übernehmen. Von der Krankenkasse werden Fahrkosten nur in besonders gelagerten Fällen übernommen. Wir bitten Sie, 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 wurde auf der Basis aktueller Erkenntnisse in der Medizin, der Psychologie, den Sozialwissenschaften sowie weiteren Rehabilitationswissenschaften aktualisiert.

Das Rahmenkonzept ist im Internet unter www.driv-schwaben.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 Rehabilitationseinrichtungen.

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, beachten Sie bitte nachfolgende Verfahrenshinweise:

2. Hinweise zum Verfahrensablauf

Senden Sie uns den ärztlichen Entlassungsbericht umgehend innerhalb von 14 Tagen nach Ende der medizinischen Reha-Leistung zu.

Das Verfahren zur Feststellung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss bereits in der medizinischen Reha-Einrichtung eingeleitet werden, wenn Sie Anhaltspunkte dafür erkennen, dass unser Versicherter diese Leistungen benötigt.

Grundlage hierfür ist Ihre Feststellung zum Leistungsvermögen in der verkürzten „Ärztlichen Stellungnahme zum Leistungsvermögen im Erwerbsleben“ (GBV 713).

Auf dieser Basis organisieren Sie bitte eine Reha-Fachberatung in Ihrem Haus, indem Ihr Sozialdienst die „Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Formular G0130) mit dem Versicherten ausfüllt und diese zusammen mit der „Ärztlichen Stellungnahme zum Leistungsvermögen im Erwerbsleben“ (GBV 713) 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, senden Sie bitte diese Unterlagen per FAX an unseren Reha-Fachberatungsdienst.

Medikamente

1. Allgemeines

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen neben den ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Behandlungen insbesondere auch die Versorgung des Rehabilitanden mit Arznei- und Verbandmitteln (§ 42 Abs. 2 SGB IX, §§ 11 Abs. 2, 40 SGB V, § 15 Abs. 1 SGB VI).

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung vergüten den Rehabilitationseinrichtungen die erbrachten Rehabilitationsleistungen regelmäßig in Form von pauschalisierten 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 Vergütungsabreden 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 € pro Rehabilitanden und Rehabilitationsleistung übersteigenden Kosten der unter Ziffer 2.2 aufgelisteten Medikamente bzw. Blutprodukte. Diese Erstattung wird zusätzlich zur regulären Vergütung gezahlt.

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

Kosten für die Lieferung oder Zubereitung von Medikamenten, für Infusionslösungen und -material sowie für – z. B. 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 (z.B. monoklonale Antikörper)
 - HIV-Infektionen (antiretrovirale Kombinationstherapie)
 - Hämophilien (Antihämorrhagica)
 - neurologische Erkrankungen (z.B. Interferone, Botox)
 - Virushepatitiden (z.B. 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. Diese reichen Sie bitte möglichst gemeinsam mit der Abrechnung der Rehabilitationsmaßnahme ein.

Die Medikamentenrechnung muss von der leitenden Ärztin / dem leitenden Arzt der Abteilung oder der Einrichtung geprüft und unterschrieben 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 6.

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

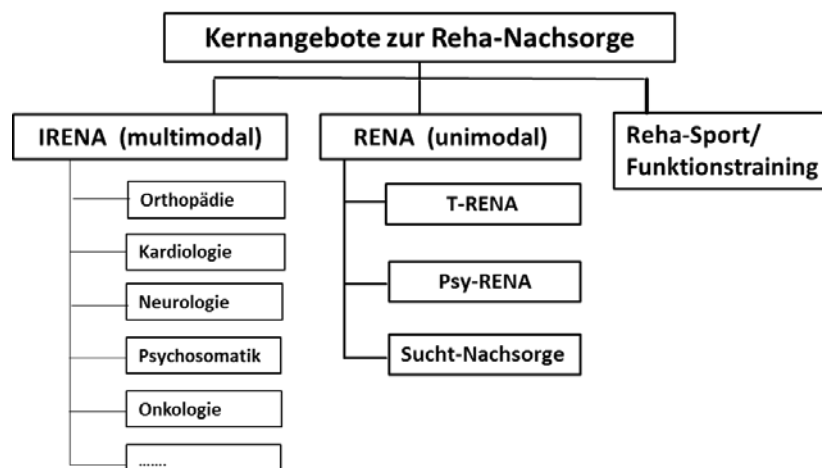
Grundlage für die Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung ist die "Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Nachsorge" (Nachsorge-Richtlinie) vom 11.05.2017.

Für die Gestaltung der Nachsorge gelten das "Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung" vom 09.06.2015 in der Fassung vom 02.01.2018 und dessen Anlagen wie das Fachkonzept IRENA, das Fachkonzept T-RENA und das Fachkonzept PsyRENA.

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 neuen 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 Rehabilitationseinrichtung eine Nachsorgeleistung empfohlen wurde,
- die bei Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung eine Leistungsfähigkeit von mindestens 3 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine positive Erwerbsprognose aufweisen,
- kein Ausschlussstatbestand nach § 12 SGB VI vorliegt.

Keine Ausschlussgründe sind darüber hinaus:

- 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 Rehabilitationseinrichtung

4. Einleitung der Nachsorge

4.1. Nachsorgeempfehlung durch die Reha-Einrichtung

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

Zur Einleitung von IRENA, T-RENA und Psy-RENA ist das **Formular G4802** zu verwenden. Zur Information für Versicherte steht das Formular G4803 zur Verfügung.

In der Empfehlung kann nur eine Nachsorge ausgewählt werden, d. h. 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 vier Wochen nach Abschluss der vorangegangenen

nen Leistung zur Teilhabe einen Antrag beim zuständigen Rentenversicherungsträger stellen (§ 8 Abs. 2 der Gemeinsame Richtlinie).

Hierfür steht das Antragsformular G4800 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 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. 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 (siehe Fachkonzept T-RENA).

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 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.

Eine Behandlungseinheit beträgt mindestens 90 Minuten.

Eine Aufstockung der Behandlungseinheiten über die 24 bzw. 36 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, die in einer offenen Gruppe bei einer Gruppengröße von bis zu 12 Personen stattfinden.

Eine Behandlungseinheit dauert jeweils 60 Minuten.

Die erste Behandlungseinheit à 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 (ein bis drei Tage) richten sich nach der individuellen Regenerationsfähigkeit der Teilnehmer.

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 à 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.

Bei vollständiger Durchführung als Einzelleistung besteht die Möglichkeit, die Leistung nach einer Bedarfsfeststellung um weitere 12 Behandlungseinheiten zu verlängern.

Die Nachsorgeeinrichtung muss eine Verlängerung von T-RENA bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger mit **Formular G4811** anzeigen und begründen. Ein inhaltliche Prüfung ist nicht erforderlich.

Die weiteren Behandlungseinheiten (Aufstockung) müssen innerhalb des Zeitrahmens von 12 Monaten nach Ende der vorangegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein (§ 6 der Richtlinie).

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, d. h. in der Regel einmal in der Woche durchzuführen.

Ergänzend zu den Gruppengesprächen werden für ein Aufnahme- und Abschlussgespräch zwei 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 über das Gruppenangebot hinaus gehende Bemühungen, die im Sinne eines Fallmanagements vernetzende bzw. koordinierende Tätigkeiten sind, können im Umfang von bis zu 5 Einheiten à 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 grds. 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.

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

9. Höhe der Kosten und Abrechnung

	IRENA	T-RENA		Psy-RENA	
		Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel
Einheiten	24 à 26,- € 36 à 34,- € (Neuro)	25 à 8,- €	12 à 15,- €	25 à 35,50 €	8 à 70,- €
Einweisung	---	1 à 47,- €	--	---	---
Aufnahme Entlassung	2 à 46,- € (Psycho)	---		2 à 70,- €	---
Verlängerung	---	26 à 8,- €	12 à 15,- €	---	4 à 70,- €
Sonstige Leistungen	---	---		5 à 16,- €	5 à 16,- €
Fahrkosten- pauschale	5,- € / Einheit	5,- € / Einheit		5,- € / Einheit	

Mit diesen Beträgen sind auch 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 Reha-Nachsorge Dokumentation IRENA
- G4827 Abrechnung von IRENA-Nachsorge
- G4829 Anlage zur Abrechnung IRENA (Teilnahmenachweis)

T-RENA:

- G4819 Reha-Nachsorge Dokumentation T-RENA
- G4831 Abrechnung von T-RENA-Nachsorge
- G4832 Anlage zur Abrechnung T-RENA (Teilnahmenachweis)

Psy-RENA:

- G4816 Reha-Nachsorge Dokumentation Psy-RENA
- G4821 Abrechnung von Psy-RENA-Nachsorge
- G4823 Anlage zur Abrechnung 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,-- Euro pro Termin gezahlt, wenn den Teilnehmern wegen der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines privaten Kraftfahrzeuges 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 ausbezahlt.

Für den Antrag auf Fahrkosten steht das bundeseinheitliche **Formular G4860** zur Verfügung.

10.2. Haushaltshilfe

Kosten für eine Haushaltshilfe können grundsätzlich nicht übernommen werden. Die Haushaltshilfe nach § 74 SGB 9 ist eine ergänzende Leistung (§ 64 Abs. 1 Nr. 6 SGB 9) 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 6 zu leisten ist.

11. SATT - Schwäbische Adipositas Trainings-Therapie –

Die SATT-Nachsorge wird für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Schwaben bis auf Weiteres unverändert fortgeführt.

Eine Überarbeitung und Anpassung des Konzepts an das Rahmenkonzept und die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Nachsorgekonzepts werden geprüft.

11.1. Einleitung der Nachsorge

Die Nachsorgeempfehlung wird von der Reha-Einrichtung ausgesprochen und gilt gegenüber der Nachsorgeeinrichtung als unsere Kostenzusage.

Ab einem BMI von 30 kann, ab einem BMI von 35 soll die Einrichtung, welche die Hauptleistung durchführt, die Adipositas-Reha-Nachsorge regelhaft anregen.

Bei einem BMI von > 25 kommt „SATT“ ebenfalls zur Anwendung, wenn zusätzlich Diabetes Typ 2 bzw. eine gestörte Glukosetoleranz und/oder Hypertonie vorliegt. Das Ausmaß bereits manifester Begleit- bzw. Folgeschäden am Herz-Kreislauf-System, am Skelettsystem oder an Stoffwechselregulatoren kann auch bei jüngerem Lebensalter einen zusätzlichen, indikationsbegründenden Faktor darstellen.

Zusätzlich muss in jedem Fall bereits während der Hauptleistung eine adäquate Gewichtsreduktion erfolgt sein. Adäquat bedeutet grundsätzlich eine Gewichtsabnahme von mindestens 4 % des Ausgangsgewichts während einer 3-wöchigen Hauptleistung.

In Einzelfällen kann auch eine höhere oder geringere Gewichtsabnahme adäquat sein, sofern diese aufgrund der Reha-Dauer oder erschwerender Begleitstörungen, z. B. skelettal bedingte Mobilitätseinschränkungen, angemessen erscheint. Hierüber entscheidet der Arzt der Rehabilitationseinrichtung (Hauptleistung).

11.2. Beginn der Nachsorge

Die Nachsorge soll möglichst zeitnah im Anschluss an die abgeschlossene Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen.

Die Rehabilitanden müssen die erste Therapieeinheit deshalb innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Monat nach dem Ende der Hauptleistung in Anspruch nehmen. Das Formular zur Nachsorgeempfehlung weist auf eine Gültigkeitsdauer von einem Monat hin, nach deren Ablauf die Nachsorge nicht mehr begonnen werden darf.

Bei fehlenden Aufnahmekapazitäten in den Nachsorgeeinrichtungen oder einer Erkrankung oder wegen eines geplanten Urlaubs des Versicherten kann die Nachsorge geringfügig später begonnen werden. Dazu müssen entweder der Versicherte, die Reha-Einrichtung oder die Nachsorgeeinrichtung bei uns einen (formlosen) Antrag stellen. Geringfügig bedeutet in diesem Zusammenhang einen Nachsorgebeginn innerhalb von zwei Monaten nach dem Ende der Rehabilitation.

11.3. Dauer der Leistung

Die Versicherten können in einem Gesamtzeitraum von 9 Monaten nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Hauptleistung) max. 40 Nachsorgetermine erhalten.

Gestaltung der Nachsorgetermine

Pro Woche sind zwei Termine für Bewegungstherapie und zusätzlich ein Termin pro Monat für psychologische Betreuung oder Ernährungsberatung zulässig. Die zusätzlichen Termine werden alternierend erbracht.

Monat 1

8 Termine Bewegungstherapie
1 Termin psychologische Beratung

Monat 2

8 Termine Bewegungstherapie
1 Termin Ernährungsberatung etc.

Unterbrechungen im Gesamtzeitraum

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

Probezeit

Die erste Hälfte der Nachsorge ist als Probezeit anzusehen. Nach Ablauf der Probezeit darf die SATT-Nachsorge nur dann fortgesetzt werden, wenn die bisherige Therapie erfolgreich war.

Als die erste Hälfte der Nachsorge werden entweder 4 Monate oder 18 Nachsorgetermine angesehen; es gilt die früher erreichte Alternative. Die Probezeit ist erfolgreich verlaufen, wenn das Gewicht weiter verringert wurde und bereits bestehende Folgeerkrankungen erkennbar beeinflusst oder deren Manifestation verhindert worden ist.

Eine Veränderung in den Lebensgewohnheiten, dem Risiko- bzw. Bewegungsverhalten muss ebenfalls nachweisbar sein.

Über eine erfolgreich absolvierte Probezeit und die Möglichkeit der Fortsetzung der Nachsorge entscheidet die Nachsorge-Einrichtung.

11.4. Höhe der Kosten und Abrechnung

Die Bewegungstherapie wird nach Möglichkeit als Gruppentherapie, ggf. auch an AENEAS^{plus} / AENEAS / IRENA-Gruppen angegliedert, erbracht. Für die Gruppentherapie werden 26,- Euro pro Termin (120 Minuten) vergütet.

Sofern Gruppen mit mindestens 4 Rehabilitanden von den SATT-Einrichtungen nicht zu realisieren sind, kann Bewegungstherapie hilfsweise auch als Einzelleistung erbracht werden. Diese wird z.B. als Krankengymnastik am Gerät erbracht und mit 32,- Euro für 120 Minuten vergütet.

Die psychologische Betreuung und die Ernährungsberatung sollen ebenfalls in der Gruppe durchgeführt werden. Die psychologische Betreuung und die Ernährungsberatung werden hierbei jeweils mit 28,- Euro honoriert (120 Minuten).

Den Wechsel von der Gruppentherapie zur Einzeltherapie oder umgekehrt muss die Nachsorge-Einrichtung jeweils im Abrechnungsformular dokumentieren.

Übersicht:

	bis zu 3 Rehabilitanden (= Einzelleistung falls Gruppenstärke nicht erreicht wird)				ab 4 Rehabilitanden (= Gruppe)			
Leistungen	Dauer in Minuten pro Termin	Vergütung pro Termin	Anzahl	Zeitraum/Rhythmus	Dauer in Minuten pro Termin	Vergütung pro Termin	Anzahl	Zeitraum/Rhythmus
Bewegungstherapie	120	32,00 €	2	pro Woche, z. B. in Form von Krankengymnastik am Gerät	120	26,00 €	2	pro Woche, (Angliederung an Nachsorge-Gruppe möglich)
Verhaltenstherapeutisch orientierte psychologische Betreuung	50	44,00 €	1	je- <u>den zweiten Monat</u> im Wechsel zur Ernährungsberatung	120	28,00 €	1	je- <u>den zweiten Monat</u> im Wechsel zur Ernährungsberatung
angewandte alltagsbezogene Ernährungsberatung	60	28,00 €	1	je- <u>den zweiten Monat</u> im Wechsel zur psycholog. Beratung	120	28,00 €	1	je- <u>den zweiten Monat</u> im Wechsel zur psycholog. Beratung
insgesamt			40				40	

Nichtantritt von Leistungen

Beginnt ein Versicherter die Leistung zur Teilhabe nicht zum vorgesehenen Termin, teilen Sie ihm bitte einen neuen Aufnahmetermin mit. Bei Eilfällen informieren Sie bitte die Deutsche Rentenversicherung Schwaben und die zuständige Krankenkasse durch eine Kopie.

Nimmt der Versicherte auch den zweiten Aufnahmetermin nicht wahr, informieren Sie bitte uns und die Krankenkasse des Versicherten. Bitte senden Sie uns die Kostenzusage dann baldmöglichst zusammen mit den ärztlichen Unterlagen zurück.

Sofern der Versicherte dazu bereit ist, eine Leistung in Anspruch zu nehmen und kann er diese nur nicht innerhalb der im Bescheid vorgegebenen Geltungsdauer antreten, senden Sie uns bitte die Kostenzusage zusammen mit den ärztlichen Unterlagen ebenfalls zurück.

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

Nichtraucherschutz

Das bayerische Gesundheitsschutzgesetz (GSG) verfolgt das Ziel, Bürgerinnen und 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 Bildungs- und Freizeiteinrichtungen.

In Rehabilitationseinrichtungen, 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 Rehabilitations- und Bildungseinrichtungen an.

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

Die Rentenversicherung unterscheidet nicht zwischen Einrichtungen für somatische Erkrankungen und Einrichtungen für psychische Erkrankungen bzw. Entwöhnungseinrichtungen.

Präventionsleistungen

1. Allgemeines

Um dem allgemeinen Anstieg der Krankheits- und Rehabilitationskosten zu begegnen und die Erwerbsfähigkeit der Versicherten so frühzeitig wie möglich sichern zu können, erbringen die zuständigen Rehabilitationsträger (KV, RV, UV) verstärkt Präventionsleistungen und tragen damit dem schon bisher geltenden Grundsatz "Prävention vor Rehabilitation vor Rente" Rechnung. Die Präventionsleistungen sollen auf die gesundheitliche Verfassung, die individuelle Lebensführung und die Selbstkompetenz der Versicherten einwirken und so zur besseren Bewältigung der Anforderungen des Arbeits- und Berufslebens führen.

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

Die Leistungen werden aufgrund einer gemeinsamen Richtlinie der RV-Träger 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

Initialphase

In der stationären beziehungsweise ganztägig ambulanten Initialphase werden die Betroffenen 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 nehmen die Betroffenen an Präventionsmodulen teil, 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 RV-Träger verbunden. Hier sollen die Betroffenen die vermittelten Ansätze zu Verhaltens- 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 privaten Kraftfahrzeuges tatsächlich Fahrkostenaufwendungen hatten.

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

Werden Initial- und Auffrischungsphase in ganztägig ambulanter Form durchgeführt wird eine Fahrkostenpauschale in Höhe von derzeit 5,- Euro gezahlt.

Für die berufsbegleitend ambulante Trainingsphase wird ebenfalls für jeden Termin die Fahrkostenpauschale von 5,- 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 der Aufbau 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:

- **Rehabilitandenbefragung (I)**
Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung informieren über die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Behandlung sowie ihre Einschätzung des Behandlungserfolges.
- **Peer Review-Verfahren (II)**
Die Begutachtungsergebnisse des Peer Review-Verfahrens auf der Grundlage von Reha-Entlassungsberichten und Therapieplänen bieten die Möglichkeit, Verbesserungsmöglichkeiten im Reha-Prozess zu identifizieren.
- **Therapeutische Versorgung – KTL (III)**
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.
- **Reha-Therapiestandards (IV)**
Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards stellt dar, inwieweit Rehabilitanden mit entsprechender Diagnose gemäß den in den Reha-Therapiestandards formulierten Qualitätsanforderungen der Deutschen Rentenversicherung behandelt werden.
- **Rehabilitandenstruktur (V)**
Informationen zu soziodemografischen (z. B. Alter, Bildung oder Erwerbsstatus) sowie krankheitsbezogenen (z. B. Diagnosen, Leistungsfähigkeit oder Nachsorgeempfehlungen) Merkmalen verdeutlichen das Rehabilitandenspektrum und können zur Einordnung der Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung genutzt werden.

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

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 Rehabilitationseinrichtung die bewertet wird, grundsätzlich auch einen Gutachter stellt. Die zu bewertenden Fälle werden etwa alle zwei Jahre rentenversicherungsweltweit ausgewählt und mit Hilfe eines rechnergesteuerten Zufallsverfahrens auf die Gutachter verteilt. Die Bewertungen bilden die Grundlage indikationsbezogener Klinikvergleiche, die den Rentenversicherungsträgern und den Rehabilitationseinrichtungen in Form von individuellen Ergebnisberichten mitgeteilt werden. Diese Ergebnisberichte geben den Rehabilitationseinrichtungen – neben den ebenfalls mitgeteilten Bewertungen durch die Rehabilitanden aus der Rehabilitandenbefragung – wichtige Informationen für ihr internes Qualitätsmanagement.

Reisekosten bei ganztägig ambulanten Leistungen

Sofern Versicherte täglich vom Wohnort zur Rehabilitationseinrichtung 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 Deutsche Rentenversicherung Schwaben erstattet Ihnen zusammen mit der Abrechnung des Vergütungssatzes die verauslagten Reisekosten.

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). Danach wird als Wegstreckenentschädigung für jeden maßgeblichen Monat ein Betrag in Höhe von 5,- Euro gewährt, wenn mindestens vier Mal innerhalb eines Monats ein Fahrrad benutzt wird. Das Vorliegen der Voraussetzungen ist durch den Versicherten monatlich nachträglich der auszahlenden Stelle anzuzeigen.

3. Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt

3.1. Regelfall

Für die Hin- und Rückfahrt zwischen dem Wohnort und der Rehabilitationseinrichtung mit einem regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittel werden die notwendigen Kosten übernommen, bei Fahrten mit der Bahn allerdings nur in Höhe des Bahntarifs der 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. Besonderheiten bei Jahreskarten / Abonnements

Besäß 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 1:

Für die Jahreskarte fallen monatlich Kosten in Höhe von 52,60 Euro an. Der Versicherte nahm an 10 Tagen an der Maßnahme teil.

⇒ Für jeden Anwesenheitstag sind 1,75 Euro (= 52,60 Euro : 30) zu erstatten.
Bei 10 Anwesenheitstagen erhält der Versicherte 17,50 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 Rehabilitationseinrichtung erforderlich sind, ist auch der Differenzbetrag zu erstatten.

Umfasst die Jahreskarte mehr Zonen als zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtung 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.

4. Der Weg wird mit einem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt

4.1. Höhe der Wegstreckenentschädigung

Als Fahrkosten sind für jeden gefahrenen vollen Kilometer zwischen dem Wohnort und dem Ort der Rehabilitationseinrichtung und zurück 0,20 Euro als Wegstreckenentschädigung zu erstatten.

Mit der Wegstreckenentschädigung sind sämtliche Fahrkosten abgegolten. Parkgebühren können nicht erstattet werden.

4.2. Bestimmung der maßgebenden Entfernung

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

Beispiel

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,-- 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 (z.B. Stau) bzw. Zeiter-sparnis 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. Eine Mitnahmeentschädigung wird für Leistungen seit 01.01.2004 nicht mehr gewährt.

Reisekosten bei stationären Leistungen

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

- Fahrkosten,
- Reisekosten für eine wegen der Behinderung erforderlichen Begleitperson,
- Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist,
- Kosten des Gepäcktransportes
- Verpflegungs- und Übernachtungskosten

übernommen.

1. Fahrkosten

1.1. Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt

Für die Hin- und Rückfahrt zwischen dem Wohnort und der Rehabilitationseinrichtung mit einem regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittel werden die notwendigen Kosten übernommen, bei Fahrten mit der Bahn allerdings nur in Höhe des Bahntarifs der 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.

Kinder von 6 bis einschließlich 14 Jahren reisen in Begleitung ihrer Eltern oder Großeltern kostenlos mit (Eintrag auf der Fahrkarte erforderlich). Kinder unter 6 Jahren reisen stets kostenlos, ohne Eintrag auf der Fahrkarte, mit.

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 Bezahlendienst PayPal)
- die Kosten für eine Platzreservierung

1.2. Der Weg wird mit einem Kraftfahrzeug zurückgelegt

Bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges 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 Hin- und Rückfahrt werden zusammenge-rechnet und die Summe auf volle Kilometer abgerundet.

Beispiel

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

⇒ Als Fahrkosten werden für die An- und Abreise somit insgesamt erstattet:

$$141 \text{ km} \times 0,20 \text{ Euro} = 28,20 \text{ Euro}$$

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 (z.B. Stau) bzw. 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 An- und Abreise werden höchstens 130,- Euro gezahlt.

Beispiel

Der Versicherte fährt mit seinem Kraftfahrzeug 450 Kilometer zur Rehabilitationseinrichtung. Für die An- und Abreise werden insgesamt 900 Kilometer zurückgelegt.

⇒ Als Fahrkosten wären für die An- und Abreise somit insgesamt zu erstatten:

$$900 \text{ km} \times 0,20 \text{ Euro} = 180 \text{ Euro}$$

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

1.3. Der Weg wird mit einem Kraftfahrzeug und öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt

Der Versicherte fährt mit einem Kraftfahrzeug zum Bahnhof und von dort weiter mit der Bahn zur Rehabilitations- und Bildungseinrichtung. In diesem Fall ist wie folgt vorzugehen:

- Für die Fahrt mit dem Kraftfahrzeug zum Bahnhof ist die Wegstreckenentschädigung entsprechend Teilziffer 1.2 zu gewähren. Hierbei ist der Höchstbetrag von 130,- 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,- Euro zu begrenzen.

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

Beispiel

Der Versicherte fährt mit seiner Ehefrau 450 Kilometer zur Rehabilitations- und Bildungseinrichtung. Eine Begleitperson ist aus medizinischen Gründen nicht erforderlich. Für die Rückfahrt mit der Bahn fallen Kosten in Höhe von 150,- Euro an.

⇒ Zu erstatten sind folgende Beträge:

a) Hinfahrt:

$$450 \text{ Kilometer} \times 0,20 \text{ Euro} = 90,- \text{ Euro}$$

(dieser Betrag überschreitet nicht den Höchstbetrag von 130,- Euro)

b) Rückfahrt:

Kosten für die Bahnfahrt 150,- Euro

Gesamt: 90,- Euro
 150,- Euro

 240,- Euro

1.4. Begleitpersonen

1.4.1. Reisekosten bei An-/Abreise mit einem privaten Kraftfahrzeug

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

Beispiel:

Anreise des Versicherten mit Begleitperson:	70 km x 0,20 Euro	= 14 Euro
Abreise des Versicherten mit Begleitperson:	70 km x 0,20 Euro	= 14 Euro
Gesamt		<u><u>28 Euro</u></u>

(Begrenzung auf 130,- €, falls die Kosten den Grenzbetrag übersteigen)

Rückreise der Begleitperson:	70 km x 0,20 Euro	= 14 Euro
Anreise der Begleitperson:	70 km x 0,20 Euro	= 14 Euro
Gesamt		<u><u>28 Euro</u></u>

(Begrenzung auf 130,- €, falls die Kosten den Grenzbetrag übersteigen)

1.4.2. Reisekosten 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 (z. B. 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. Verdienstausschlag für Begleitpersonen

Auf Antrag des Versicherten wird einer Begleitperson der durch die Begleitung entstandene Verdienstausschlag erstattet, sofern kein Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts besteht.

Die Abrechnung und Auszahlung des Verdienstausschlages übernimmt die Deutsche Rentenversicherung Schwaben.

1.5. Krankentransportfahrzeuge / andere Beförderungsmittel (Taxi)

Ist die Benutzung eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels wie auch eines privaten Kraftfahrzeuges wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht möglich oder nicht zumutbar, so sind die Kosten für die Inanspruchnahme eines beson-

deren angemessenen Beförderungsmittels (z.B. Mietwagen oder Krankentransportfahrzeug) zu erstatten.

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.

Sollte ein **Taxi** oder ein anderes Transportmittel als das BRK Neu-Ulm für die An- oder Abreise genutzt werden, erstattet die Deutsche Rentenversicherung die möglicherweise entstehenden Mehrkosten **auch dann nicht**, wenn einer Krankentransportverordnung vorgelegt wird.

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 Kraftfahrzeug, sind ihm die gefahrenen Kilometer vom Wohnort zum Fähranleger / Autozug und zurück zu erstatten.

Zusätzlich werden die Kosten für die Überfahrt mit der Fähre oder dem Autozug übernommen. Die Kosten für den Transport des Kraftfahrzeuges werden nicht übernommen, es sei denn die Mitnahme des Kraftfahrzeuges 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 PKW, ist die Entfernungspauschale nur einmal zu zahlen. Die – ggf. von Ihnen verauslagten – Reisekosten erstattet der Reha-Träger, der zuerst die Leistung bewilligt hat. Dies können Sie anhand des Erstellungsdatums der Kostenzusagen feststellen.

2. Kosten des Gepäcktransports

Bei der Reise mit der Deutschen Bahn AG werden die nachweislich entstandenen Auslagen für das Befördern des notwendigen persönlichen Reisegepäcks (Normalgepäck 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.

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 mehr als 8 Stunden, kann ein Verpflegungsgeld gezahlt werden. Bei der Berechnung der Reisedauer ist die Abwesenheit an einem Kalendertag 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 24,00 Euro
- von mehr als 8 Stunden 12,00 Euro

Wird Verpflegung in der Rehabilitationseinrichtung unentgeltlich angeboten, entfällt der Anspruch auf Verpflegungsgeld. Ist das Frühstück Bestandteil der Verpflegung, ist vom Verpflegungsgeld ein Betrag von 4,80 Euro (= 20% des Tagegeldes für einen vollen Kalendertag) einzubehalten.

4. Kosten für Familienheimfahrten

Familienheimfahrten sind Fahrten des Versicherten zum Wohnort der Familie, also zu dem Ort, an dem die Familie ihren Lebensmittelpunkt unterhält. Dabei ist der Familienbegriff so weit auszulegen, als dass er sich nicht nur auf rechtlich verbundene Gemeinschaften zwischen Eltern und Kindern oder zwischen Eheleuten beschränkt, sondern auf jegliche Beziehungen enger persönlicher Verbundenheit und damit auch auf die Beziehungen zwischen nichtehelichen Partnern erstreckt.

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 zwei Familienheimfahrten im Monat bei einer mehrmonatigen Behandlung erstmals nach acht Wochen erbracht. Die Leistung zur

medizinischen Rehabilitation muss dabei noch voraussichtlich länger als 14 Tage andauern.

Die Zeit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung, z. B. bei einer Anschlussrehabilitation, ist in die 8-Wochen-Frist einzubeziehen, wenn der Rehabilitand ohne Unterbrechung von der stationären Krankenhausbehandlung direkt in die Reha-Einrichtung verlegt worden ist.

Dauert die Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach Ablauf der 8-Wochenfrist nur noch weniger als einen (Zeit-)Monat, jedoch länger als zwei Wochen an, werden die Kosten für eine Familienheimfahrt übernommen.

Liegen in einem Monat Feiertage (z. B. 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 drei Kalendertage einschließlich der Reisetage nicht überschreiten.

4.3. Beurlaubung aus besonderem Anlass

Bereits vor Ablauf des 8-Wochenzeitraums werden die Kosten für Familienheimfahrten übernommen, wenn die Leistung aus einem besonderen Anlass unterbrochen wird. Dies ist möglich bei Tod oder lebensbedrohlicher Erkrankung

- des Ehegatten
- der Kinder
- der Eltern
- der Schwiegereltern
- der Geschwister oder
- des Haushaltsführers

Der Besondere Anlass muss nachgewiesen werden.

4.4. Besuchsfahrten von Angehörigen

Rehabilitanden können anstelle der Kosten für eine Familienheimfahrt auch die Kosten für die Reise eines Angehörigen zur Reha-Einrichtung und zurück erstattet 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 bei mehrmonatiger Behandlung Kosten für eine Besuchsfahrt eines Angehörigen erstmals nach acht Wochen übernommen, wenn die Behandlung voraussichtlich noch mehr als zwei Wochen andauert.

4.5. 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-Kreislaufkrankungen) 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 1.1.2011, die im Internet unter www.bar-frankfurt.de abrufbar ist.

2. Hinweise zum Verfahrensablauf

Die Ärztin oder der Arzt der Rehabilitationseinrichtung kann als ergänzende Leistung Rehabilitationssport oder Funktionstraining verordnen. Diese Verordnung (Formular G0850) 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 Rehabilitationssport- 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 **drei 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 – G0854 zur Verfügung.

3. Zugelassene Einrichtungen (Häuserliste)

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

Stufenweise Wiedereingliederung

1. Checkliste (Formular G0833)

Um eine zeitnahe Prüfung der stufenweisen Wiedereingliederung und Zuständigkeitsabgrenzung realisieren zu können, müssen die Rehabilitationseinrichtungen bei jedem arbeitsunfähig entlassenen Versicherten, der in einem Beschäftigungsverhältnis steht oder selbständig tätig ist, am Ende der Rehabilitationsleistung die „Checkliste“ (Formular G0833) 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. Nehmen Sie bitte in der Checkliste konkret Stellung dazu, ob eine stufenweise Wiedereingliederung notwendig ist, ob die stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet wurde oder woran die Einleitung ggf. gescheitert ist.

Bitte stellen Sie dem Versicherten eine Kopie der Checkliste – zur Vorlage beim behandelnden Arzt – im verschlossenen Umschlag zur Verfügung.

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 vier 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) und
- die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar, d. h. 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, können Sie eine stufenweise Wiedereingliederung grundsätzlich nicht einleiten.

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

Informationen für unsere Versicherten sind im Formular G0832 (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 vier 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 darauf folgenden 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 Arzt der Reha-Einrichtung im Wiedereingliederungsplan (Formular G0834) festgelegt.

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

Wir bitten Sie, ausschließlich die jeweils im Internet zur Verfügung gestellten aktuellen Formulare zu verwenden. Dies gilt insbesondere für die „Checkliste“.

Derzeit gibt es nachfolgende Formular für die stufenweise Wiedereingliederung:

G0830 Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für Ärzte und Sozialarbeiter in der Rehabilitationseinrichtung

G0831 Kriterien zur Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung für die Rehabilitationseinrichtung

G0832 Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für die Versicherten

G0833 Checkliste

G0834 Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Stufenplan)

G0838 Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für Arbeitgeber

G0840 Beginnmitteilung

G0842 Folgebescheinigung oder Abschlussbescheinigung

3. Hinweise zum Verfahrensablauf

Wenn sämtliche Voraussetzungen bis zum Entlassungstag tatsächlich vorliegen, händigen Sie bitte dem Versicherten bei seiner Entlassung folgende Formulare aus:

G0832 (Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung)

G0833 in Kopie („Checkliste“)

G0834 in Kopie (Stufenplan)

G0838 (Information für Arbeitgeber)

G0840 (Beginnmitteilung stufenweise Wiedereingliederung)

Insbesondere das Formular G840 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) 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 Sitzend- 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 Rettungsdienst-Einsätze 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 Sitzend- oder Liegendtransport benötigen, ist die Notwendigkeit mit einer Krankentransportverordnung zu belegen.

Bei Anschlussrehabilitationen ist diese Notwendigkeit aus dem Hinweisblatt GXM 702 ersichtlich, auf dem entweder Teilziffer 3 oder 4 (sitzend oder liegend Transport) angekreuzt sein muss. Das Hinweisblatt GXM 702 ist Bestandteil der Kostenzusage und bezieht sich nur auf die Anreise zur Reha-Einrichtung.

Darüber hinaus kann in den Fällen, in denen eine Anreise im Pkw mit Begleitperson genehmigt wurde, aber keine Möglichkeit besteht, mit einem Pkw bzw. einer Begleitperson anzureisen, das BRK im Rahmen eines sitzend Transport in Anspruch genommen werden. Bitte organisieren Sie den Rehabilitandentransport und beachten Sie dabei die Vereinbarung mit dem BRK Neu-Ulm.

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im normalen Zuweisungsverfahren geht die Notwendigkeit eines Krankentransportes aus dem Bescheid hervor. Ansonsten muss der Transport vom Versicherten beantragt werden. Hierüber werden die Versicherten im Merkblatt zum Bewilligungsbescheid informiert.

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

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 evtl. Rückfragen wenden Sie sich bitte telefonisch unter **0731/93807780** an das BRK Neu-Ulm.

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 (z. B. Kosten der Einsargung sowie für die Benutzung der Kühlanlage und Kosten für einen evtl. notwendigen Transportbegleiter). Kosten, die im Zusammenhang mit der Bestattung entstehen (z. B. Aufbahrung, Sargdekoration, Kerzenschmuck) werden dagegen nicht übernommen.

Unfallversicherung

1. Rechtsgrundlagen

Nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 a SGB VII sind Personen in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert, denen von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer Reha-Einrichtung gewährt wird.

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 Rehabilitationseinrichtung oder der aktiven Mitwirkung an den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Grundsätzlich ist jeder Unfall innerhalb der Rehabilitationseinrichtung ein Arbeitsunfall, es sei denn der Unfall

- hat sich aus innerer Ursache ereignet (z. B. Anfallsleiden, Alkoholeinwirkung),
- hat sich bei eigenwirtschaftlicher Betätigung ereignet (z. B. 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 Rehabilitationseinrichtung. Die Entscheidung, ob ein Wegeunfall 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 drei Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig wird oder stirbt, muss dies der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft mitgeteilt werden. Die Rehabilitationseinrichtung muss den Unfall der Berufsgenossenschaft innerhalb von drei 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 Rehabilitationseinrichtung.

Die zuständige Bezirksverwaltung kann auf der Internetseite der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (siehe Teilziffer 2.3) 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 (siehe Teilziffer 2.3).

Alternativ kann die Unfallanzeige auch per Post oder Fax an die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft gesandt werden. Der Vordruck ist auf der Internetseite der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (siehe Teilziffer 2.3) abrufbar. Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann die Unfallanzeige nicht per E-Mail verschickt werden.

2.3. Hinweise zum Internetangebot der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

Das Internetangebot der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft ist unter www.vbg.de abrufbar.

3. Begleitpersonen

Für Begleitpersonen besteht grundsätzlich kein Unfallversicherungsschutz.

Vorgespräch

Soweit das Therapiekonzept der Reha-Einrichtung ein Vorstellungs-, Kontakt- oder Aufnahmegespräche 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 Überrauch, 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 ambulante Rehabilitation bzw.
- statt der bewilligten ambulanten Leistung eine stationäre Rehabilitation

besser geeignet ist, das Rehabilitationsziel zu erreichen und die Leistung ebenfalls dort oder in der kooperierenden Einrichtung 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 (Vergütungssatz für einen stationären Tag).

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

Der Verlegungstag wird dem ersten Teil, der darauf folgende 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.

Wechsel der Behandlungsform

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 ärztliche 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 ist, 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 Weihnachts- / 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 ambulante Rehabilitation nach den BAR-Rahmenempfehlungen 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 bzw. anstelle von zwei nur noch eine Heimfahrt zusteht.

Sofern für das Weihnachts- 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. Der Mindestabstand von 14 Tagen zwischen den einzelnen Familienheimfahrten (Zf. 7.4 der Reisekostengrundsätze) wird in diesem Zusammenhang ausnahmsweise nicht gefordert. Im Übrigen gelten die Regelungen zu den normalen Familienheimfahrten.

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 Aufnahmetermen

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

7. Hinweise zum Verfahrensablauf

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben informiert die Rehabilitationseinrichtungen jährlich über die Regelung im Detail.

Werks- und Betriebsärzte

Durch die Kenntnis des beruflichen Umfeldes und der individuellen Gesundheitsproblematik der Versicherten kommt den Werks- und Betriebsärzten bei der Einleitung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe oder von Präventionsleistungen eine hohe Bedeutung zu.

Aus diesem Grund werden die Werks- und Betriebsärzte auf Basis der Gemeinsamen Empfehlung "Reha-Prozess" durch drei Interventionsmaßnahmen in den Rehabilitationsprozess eingebunden.

Im Rahmen der ersten Interventionsmaßnahme erstellt der Werks-/ Betriebsarzt zusätzlich zum Befundbericht (GWB 100) auf dem Formular GWB 050 ein Arbeitsplatzprofil, das Sie zusammen mit der Mitteilung über die Bewilligung der Leistung erhalten.

Das GWB 100 enthält auch (falls vorhanden) eine Einverständniserklärung des Versicherten, die es dem Werks-/Betriebsarzt ermöglicht, im Bedarfsfall Kontakt zu Ihnen herzustellen und den Arzt der Reha-Einrichtung bei der Festlegung von Reha-Zielen ggf. zu unterstützen. Darüber hinaus kann der Werks- / Betriebsarzt auch die Reha-Einrichtung über betriebliche Eingliederungsmöglichkeiten (z. B. Veränderung von Arbeitsabläufen, Einsatz technischer Hilfsmittel, innerbetriebliche Umsetzungen) informieren.

Im Rahmen der zweiten Interventionsmaßnahme wird der Werks- oder Betriebsarzt nach Beendigung der Rehabilitation mit dem Mitarbeiter ein betriebsärztliches Gespräch führen. Gegenstand dieses Gespräches wird die weitere Vorgehensweise bei der Rückkehr des Mitarbeiters in den Arbeitsprozess auf Basis der Empfehlungen des Entlassungsberichtes sein.

Dazu ist es erforderlich, dass die Rehabilitanden die Einverständniserklärung zur Übersendung des ausführlichen Entlassungsberichtes an den Werks-/Betriebsarzt (GWB 150) unterzeichnen. Die Reha-Einrichtungen erhalten das Formular als Anlage zur Mitteilung über die Bewilligung der Leistung.

Wir bitten Sie, den ausführlichen Entlassungsbericht innerhalb von 10 Tagen an den Werks-/Betriebsarzt zu übersenden, wenn die Einverständniserklärung (GWB 150) abgegeben worden ist.

Zuzahlung

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

Wesentliche Änderungen

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 Rehabilitationseinrichtungen, die für die Deutsche Rentenversicherung vertraglich tätig sind“

Dauer der Leistung

- Streichung der Begrenzung der Leistungsdauer von sechs-wöchigen Leistungen auf 42. Tag

Entlassungsbericht

- Verfahrensänderung bzgl. der Übersendung von Entlassungsberichten an Krankenkassen und Dritte

Hilfsmittel zur Berufsausübung / technische Arbeitshilfen

- neu eingefügtes 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-10-GM

- 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

Wegfall der Begrenzung von Fahrkosten bei ganztägig ambulanten Leistungen
(vgl. Reisekosten bei ganztägig ambulanten Leistungen - Ziffer 4.1)