Deutsche Rentenversicherung
Schwaben

Hinweise für Rehabilitationseinrichtungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Inhaltsverzeichnis

Abbruch der Leistung 8

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

Abrechnung des Vergütungssatzes 10

1. Vereinbarter täglicher Vergütungssatz 10
2. Begleitperson für die Dauer der Leistung 10

Adaption 11

1. Allgemeines 11
2. Antragstellung und Bescheid 11
3. Vorzeitige Beendigung der Adaption wegen Arbeitsaufnahme 11

Agentur für Arbeit 12

1. Arbeitslosmeldung bei Beziehern von Übergangsgeld, die an einer Leistung zur Teilhabe teilnehmen 12
2. Verbesserung der Eingliederung der Rehabilitanden ins Erwerbsleben nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 12

Ambulante Rehabilitation (berufsbegleitend) 13

1. Allgemeines 13
2. Art und Umfang der ambulanten Leistungen 13
3. Kosten der ambulanten Rehabilitation 13
4. Unentschuldigtes Fehlen 15
5. Arbeitsbezogene Interventionen 15
6. Vergütung und Übersendung des Entlassungsberichtes 17

Aufnahme 19

1. Verschieben des Aufnahmetermins 19
2. Besonderheiten bei ganztägig ambulanten Reha-Leistungen 19

Aufnahmeanzeige 20

1. Weiterleitung der Aufnahmeanzeige 20
2. Maschineller Datenaustausch 20

Begleitpersonen 21

1. Reisekosten 21
2. Verdienstausfall 21

Datenschutz **22**

Dauer der Leistung **23**

1. Allgemeines 23
2. Behandlungsdauer 23
3. Verlängerung 25
4. Vorzeitige Entlassung 25
5. Besonderheiten bei ganztägig ambulanter Rehabilitation 25
6. Hinweise zum Verfahrensablauf 25

Diagnoseverschlüsselung nach der ICD **26**

Entlassungsbericht **27**

1. Aufbau des Entlassungsberichtes 27
2. Versand des Entlassungsberichtes 27
3. Weitergabe des ärztlichen Entlassungsberichtes 27
   - 3.1 Weitergabe an die Rehabilitanden 27
   - 3.2 Weitergabe an die Krankenkasse und den MD 28
   - 3.3 Weitergabe an sonstige Stellen oder Behörden 28
   - 3.4 Weitergabe an weiterbehandelnden Arzt sowie weiterbehandelnde Reha-Einrichtungen oder Therapeuten 29
4. Anforderung von Kurzberichten oder Stellungnahmen durch Krankenkassen 29

Entlassungsmitteilung **30**

1. Weiterleitung der Entlassungsmitteilung 30
2. Maschineller Datenaustausch 30

Fehlzeiten **31**

1. Allgemeines 31
2. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) 31
3. Besonderheiten bei Fehltagen aus medizinischen Gründen während einer ganztägig ambulanten Rehabilitation 31
4. Hinweise zum Verfahrensablauf bei Fortsetzung/Beendigung der Leistung .. 32
   - 4.1 Krankheitsbedingte Unterbrechung 33
   - 4.2 Mitwirkung der Versicherten 33
5. Vergütungssatz 34

Geltungsdauer von Kostenzusagen **36**

Inhaftierte **37**

1. Allgemeines 37
2. Verfahren zur Sicherstellung der Nahtlosigkeit 37
   - 2.1 Reguläres Haftende innerhalb von 8 Wochen 37
   - 2.2 Aussetzung der Haft nach § 57 StGB beziehungsweise § 88 JGG 37
3. Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG 38

Interkurrente Erkrankungen ... 39

1. Zuständigkeit der Rentenversicherung ... 39
2. Zuständigkeit der Krankenversicherung ... 39
3. Vergütungssatz/Bettenfreihaltegebühr ... 39
4. Fahr- oder Transportkosten ... 40
   - 4.1 Behandlung in einem Krankenhaus am Reha-Ort ... 40
   - 4.2 Behandlung in einem Krankenhaus am Wohnort ... 40
   - 4.3 Behandlung in einem Krankenhaus weder am Reha-Ort noch am Wohnort ... 40
   - 4.4 Ambulante ärztliche Behandlung am Reha-Ort ... 40
5. Zahnbehandlung ... 41

Jobcenter ... 42

1. Arbeitslosmeldung bei Beziehern von Übergangsgeld, die an einer Leistung zur Teilhabe teilnehmen ... 42
2. Verbesserung der Eingliederung der Rehabilitanden ins Erwerbsleben nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ... 42

Kombi-Behandlung ... 43

1. Rückfall ... 43
2. Wechsel der Durchführungsform ... 43
   - 2.1 Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der vorherigen Phase vom 20.01.2015 ... 44
   - 2.2 Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung ohne Verkürzung der vorherigen Phase vom 04.03.2015 ... 45
     - 2.2.1 Formale Rahmenbedingungen ... 45
     - 2.2.2 Indikationskriterien und Teilhabeziele ... 46
   - 2.3 Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der vorherigen stationären Phase vom 15.02.2016 ... 47

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ... 49

Nachsorge ... 50

1. Allgemeines ... 50
2. Rahmenbedingungen der Nachsorge ... 50
3. Ausführende Stellen ... 51
4. Abrechnung und Vergütung der Nachsorge ... 51
5. Gewährung von Fallpauschalen für Betreutes Wohnen ... 52
6. Ergänzende Leistungen bei Durchführung einer Nachsorge ... 52

6.1 Fahrkosten ... 52
6.2 Haushaltshilfe ... 52
6.3 Zuzahlung ... 52
6.4 Unfallversicherungsschutz ... 52

Nichtantritt von Leistungen ... 53

Nichtraucherschutz ... 54

Qualitätssicherung ... 55

Reisekosten bei ambulanten Leistungen ... 58

1. Der Weg wird zu Fuß zurückgelegt ... 58
2. Der Weg wird mit dem Fahrrad zurückgelegt ... 58
3. Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt ... 58
   3.1 Regelfall ... 58
   3.2 Deutschlandticket ... 59
   3.3 Weitere Abonnements (beispielsweise Jahreskarten) ... 59
   3.4 Reisekosten bei Streik ... 59
4. Der Weg wird mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) zurückgelegt ... 60
   4.1 Höhe der Wegstreckenentschädigung ... 60
   4.2 Bestimmung der maßgebenden Entfernung ... 60
   4.3 Überprüfung der Kilometerangaben ... 60
   4.4 Der Weg wird in einer Fahrgemeinschaft zurückgelegt ... 63
5. Erstattung von Fahrkosten anlässlich eines Betriebspraktikums während der Adaptionsphase ... 64

Reisekosten bei stationären Leistungen ... 65

1. Fahrkosten ... 65
   1.1 Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt ... 65
      1.1.1 Regelfall ... 65
      1.1.2 Deutschlandticket ... 66
      1.1.3 Reisekosten bei Streik ... 66
   1.2 Der Weg wird mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) zurückgelegt ... 67
      1.2.1 Bestimmung der maßgebenden Entfernung ... 67
      1.2.2 Überprüfung der Kilometerangaben ... 67
      1.2.3 Begrenzung der Wegstreckenentschädigung ... 70
   1.3 Der Weg wird mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) und öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt ... 70
   1.4 Begleitpersonen ... 71
      1.4.1 Fahrkosten bei An-/Abreise mit einem sonstigen Verkehrsmittel (zum Beispiel privates Kraftfahrzeug) ... 71
      1.4.2 Fahrkosten bei An-/Abreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln ... 72
      1.4.3 Verdienstausfall für Begleitpersonen ... 72

1.5 Andere Beförderungsmittel ... 73
2. Fahrkosten für Familienheimfahrten ... 73
2.1 Medizinische Voraussetzungen ... 73
2.2 Anzahl der Familienheimfahrten ... 73
2.3 Besuchsfahrten von Angehörigen ... 74
2.4 Familienheimfahrten für Grenzgänger ... 74
3. Therapiebedingte Fahrten ... 75
3.1 Realitätstraining ... 75
3.2 Fahrten zur Vorstellung in einer Wohngemeinschaft ... 75
3.3 Erstattung von Reisekosten in Zusammenhang mit der Durchführung eines Angehörigenseminars ... 75
4. Erstattung von Fahrkosten anlässlich eines Betriebspraktikums während der Adaptionsphase ... 76
5. Kosten des Gepäcktransports ... 76
6. Verpflegungskosten ... 77

Stufenweise Wiedereingliederung ... 78

1. Checkliste (Formular G0833-00) ... 78
2. Voraussetzungen für die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung für eine stufenweise Wiedereingliederung ... 78
2.1 Arbeitsunfähigkeit und medizinische Voraussetzungen ... 79
2.1.1 Kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit ... 79
2.1.2 Medizinische Voraussetzungen ... 79
2.2 Unmittelbarkeit, Beginn und Ende ... 80
2.3 Dauer 80
2.4 Formulare ... 81
3. Hinweise zum Verfahrensablauf ... 82

Überführungskosten ... 83

Unfallversicherung ... 84

1. Rechtsgrundlagen ... 84
1.1 Arbeitsunfall ... 84
1.2 Wegeunfall ... 85
2. Meldung von Unfällen an die Berufsgenossenschaft ... 85
2.1 An welche Stelle ist die Unfallanzeige zu richten? ... 85
2.2 In welcher Form ist die Unfallanzeige zu erstellen? ... 85
3. Begleitpersonen ... 85

Wechsel der Zuständigkeit während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ... 86

Weihnachtsregelung ... 87

1. Allgemeines ... 87
2. Stationäre Leistungen ... 87

3. Ganztägig ambulante Leistungen 87
4. Familienheimfahrten 88
5. Vergütungssatz 88
6. Planung von Aufnahmeterminen 88

Zuzahlung 89

Wesentliche Änderungen 90

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

Abbruch der Leistung

1. Vorzeitige Beendigung aus gesundheitlichen Gründen

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

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

2. Vorzeitige Beendigung aus disziplinarischen Gründen

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

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

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

Bringt der Rehabilitand Suchtmittel in die Reha-Einrichtung mit oder gibt mitgebrachte Suchtmittel an andere Personen weiter, so ist der Rehabilitand unverzüglich disziplinarisch zu entlassen.

Wichtig ist eine entsprechende Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.

3. Vorzeitige Beendigung wegen fehlender Motivation

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

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

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

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

Wichtig ist dann eine entsprechende Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.

4. Vorzeitige Beendigung aus anderen Gründen

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

5. Hinweise zum Verfahrensablauf

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

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

Bis zum 31.08.2024 ist der zuständigen Krankenkasse ebenfalls eine Entlassungsanzeige zu senden.

Ab dem 01.09.2024 ist dies nicht mehr erforderlich, da nach § 3a Abs. 1 Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung (DÜ-RV) die Krankenkasse für Erwerbstätige mit Anspruch auf Krankengeld die in § 3a Absatz 2 DÜ-RV genannten Geschäftsvorfälle bei der Reha-Einrichtung anfordern kann.

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

Abrechnung des Vergütungssatzes

1. Vereinbarter täglicher Vergütungssatz

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

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

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

Unabhängig davon sind Unterbrechungstatbestände unverzüglich mitzuteilen.

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

2. Begleitperson für die Dauer der Leistung

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

Adaption

1. Allgemeines

Bei einigen Rehabilitanden kann es erforderlich sein, die Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen um eine weitere Therapiephase zu ergänzen. Während dieser wird, neben einem reduzierten Anteil an psychotherapeutischen Maßnahmen und Leistungen, insbesondere in dichterer Nähe zu Alltag und Berufsleben erprobt, wie eine eigenverantwortliche Lebensführung und die Annäherung an das Erwerbsleben zu realisieren sind. Diese Phase wird als Adaptionsphase bezeichnet.

Die Adaptionsphase wird in derselben Reha-Einrichtung durchgeführt, in der die Behandlungsphase stattfindet (interne Adaption). Sie kann aber auch in einer Reha-Einrichtung, die speziell der Durchführung der Adaptionsphase dient, bewilligt werden (externe Adaption).

Zu Einzelheiten wird auf das Rahmenkonzept für die Adaptionsphase hingewiesen.

2. Antragstellung und Bescheid

Für eine Adaption ist ein gesonderter Antrag zu stellen, der von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben bezüglich der persönlichen Voraussetzungen geprüft wird. Anschließend wird ein gesonderter Bescheid erteilt.

3. Vorzeitige Beendigung der Adaption wegen Arbeitsaufnahme

Sollte während einer Adaptionsmaßnahme eine Beschäftigung für mindestens 6 Wochen ausgeübt werden, führt dies automatisch zu einem erfolgreichen Ende der Leistung, da hierdurch das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung – die erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben – erreicht wird.

Es führen aber nur solche Beschäftigungen zu einer vorzeitigen erfolgreichen Beendigung der Adaption, die den Versicherten in die Lage versetzen, seinen Lebensunterhalt im Wesentlichen selbst und ohne längerfristige Unterstützung durch Sozialversicherungsträger oder des Jobcenters zu bestreiten, in der Regel also eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.

Durch SGB II-Arbeitsgelegenheiten ist das Rehabilitationsziel noch nicht erreicht, sie können – vergleichbar einem Praktikum – lediglich darauf hinführen.

Agentur für Arbeit

1. Arbeitslosmeldung bei Beziehern von Übergangsgeld, die an einer Leistung zur Teilhabe teilnehmen

Langzeitbezieher von Übergangsgeld müssen sich rechtzeitig vor dem Ende ihrer Rehabilitationsmaßnahme arbeitslos melden, um eine Kürzung des Arbeitslosengeldes zu vermeiden.

Versicherte müssen sich daher spätestens 3 Monate vor dem voraussichtlichen Ende der Rehabilitationsleistung bei der Agentur für Arbeit arbeitslos melden.

2. Verbesserung der Eingliederung der Rehabilitanden ins Erwerbsleben nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Um die (Wieder-)Eingliederung arbeitsloser Rehabilitanden in das Erwerbsleben zu unterstützen, ist der frühzeitige Einbezug der Agenturen für Arbeit beziehungsweise der Jobcenter bereits während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erforderlich.

Bereits während der medizinischen Leistung soll die örtlich zuständige Agentur für Arbeit oder das Jobcenter mit dem Ziel kontaktiert werden, die Integration in Arbeit einschließlich eventuell notwendiger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglichst nahtlos zu gestalten.

Die Terminierung des Beratungsgespräches soll bereits während der medizinischen Leistung (beispielsweise im Rahmen einer Familienheimfahrt) erfolgen.

Für eine enge und abgestimmte Zusammenarbeit haben die Deutsche Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag Empfehlungen herausgegeben. Aus diesen ergeben sich nähere Hinweise. Die Empfehlungen sind im Internet abrufbar[1], beispielsweise auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung.

[1] Titel: „Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018“

Ambulante Rehabilitation (berufsbegleitend)

1. Allgemeines

Das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker beschreibt die Ziele, Voraussetzungen und Zielgruppen sowie die Anforderungen an die ambulanten Reha-Einrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Das Gemeinsame Rahmenkonzept vom 03. Dezember 2008 ist im Internet abrufbar.

2. Art und Umfang der ambulanten Leistungen

Grundsätzlich ist die Rehabilitationsdauer den individuellen Bedürfnissen des Rehabilitanden anzupassen.

Zunächst werden 40 Therapieeinheiten und 4 Einheiten für Angehörigengespräche für einen Zeitraum von 6 Monaten bewilligt. Danach wird aufgrund eines ärztlichen und therapeutischen Zwischenberichtes und eines Verlängerungsantrages über weitere Therapieeinheiten entschieden. Nach dem individuellen Behandlungsbedarf können dann erneut bis zu 40 Therapieeinheiten und 4 Einheiten für Angehörigengespräche für weitere 6 Monate gewährt werden.

Ein therapeutisches Einzelgespräch soll grundsätzlich 50 Minuten, ein therapeutisches Gruppengespräch grundsätzlich 100 Minuten dauern. Die Leistungen werden in von den Reha-Trägern anerkannten ambulanten Beratungsstellen und Behandlungsstellen erbracht.

Bei ambulanten Leistungen, die sich an eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen anschließen, wird der Leistungsumfang nach der Lage des Einzelfalls bestimmt. Hier existieren zusätzliche Vereinbarungen, die den Wechsel von stationärer in ambulante Therapie regeln.

Ergänzend wird auf das Stichwort „Kombi-Behandlung" verweisen.

3. Kosten der ambulanten Rehabilitation

Die Kosten für die Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation werden pauschaliert vergütet (§ 8 Abs. 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“).

Die Rentenversicherungsträger haben folgende Vergütungssätze für therapeutische Gespräche beschlossen:

Gültig ab	
01.01.2018	53,85 Euro
01.01.2019	55,28 Euro
01.01.2020	57,30 Euro
01.03.2020	62,30 Euro
01.01.2021	68,50 Euro
01.01.2022	75,00 Euro
01.01.2023	78,75 Euro
01.01.2024	83,87 Euro

Mit diesen Beträgen sind neben den therapeutischen Gesprächen alle Rehabilitationsangebote sowie die eventuell notwendige begleitende Betreuung durch die Reha-Einrichtung abgegolten.

Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation sollen grundsätzlich nicht mehr als 2 Therapieeinheiten am Tag erfolgen. Entsprechend können maximal 2 Therapieeinheiten **pro Tag** abgerechnet werden.

Therapeutische Gespräche mit Bezugspersonen sind nur dann kostenmäßig isoliert abrechenbar, wenn der Therapeut nur mit der Bezugsperson beziehungsweise den Bezugspersonen spricht.

In den nachgenannten 4 Fallgruppen ist für Gespräche wie folgt abzurechnen:

(1) Gespräch zwischen Therapeut und einer (oder mehreren) Bezugsperson(en) eines Rehabilitanden

Das hier erfolgende therapeutische Einzelgespräch mit 50-minütiger Dauer wird mit dem jeweils geltenden Kostensatz vergütet und auf die bewilligten Gesprächseinheiten (Einzel-/Gruppengespräche) für Bezugspersonen innerhalb des Leistungszeitraums angerechnet.

Ein Einzelgespräch zwischen Therapeut und Bezugspersonen mit 100-minütiger Dauer gilt als 2 Einzelgespräche und ist mit dem Kostensatz für 2 Gespräche abrechenbar.

(2) Gespräch zwischen Therapeut, Rehabilitand und einer (oder mehreren) Bezugsperson(en) des Rehabilitanden

Das hier erfolgende therapeutische Einzelgespräch mit 50-minütiger Dauer wird mit dem jeweils geltenden Kostensatz vergütet und auf die bewilligten therapeutischen Einzel-/Gruppengespräche für den Rehabilitanden innerhalb des Leistungszeitraums angerechnet.

(3) Gespräch zwischen Therapeut und mehreren Bezugspersonen von mehreren Rehabilitanden

Das hier erfolgende therapeutische Gruppengespräch mit 100-minütiger Dauer wird in Bezug auf jeden Rehabilitanden (unabhängig von der Zahl seiner Bezugspersonen, die am Gespräch teilgenommen haben) mit dem jeweiligen Kostensatz vergütet und auf die bewilligten therapeutischen Gesprächseinheiten für Bezugspersonen innerhalb des Leistungszeitraums angerechnet.

(4) Gespräch zwischen Therapeut, mehreren Rehabilitanden und einer (oder mehreren) Bezugsperson(en)

Das hier erfolgende therapeutische Gruppengespräch mit 100-minütiger Dauer wird mit dem jeweiligen Kostensatz pro Rehabilitand vergütet und auf die bewilligten therapeutischen Einzel-/Gruppengespräche für den Rehabilitanden innerhalb des Leistungszeitraums angerechnet.

4. Unentschuldigtes Fehlen

Die Behandlungsstellen klären innerhalb von 7 Tagen, ob die ambulante Rehabilitation fortgesetzt werden kann oder zu beenden ist.

Muss die Leistung wegen unentschuldigten Fernbleibens unterbrochen werden, so ist eine Fortsetzung beziehungsweise Wiederaufnahme möglich, sofern die Reha-Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind.

5. Arbeitsbezogene Interventionen

Das „Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 03. Dezember 2008 führt aus, dass arbeitsbezogene Maßnahmen ein Instrument zum Erhalt beziehungsweise Erreichung der Eingliederung in Arbeit und Beruf darstellen.

Bei der ambulanten Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sollen arbeitsbezogenen Maßnahmen einheitlich berücksichtigt werden und in das Leistungsangebot der Reha-Einrichtungen aufgenommen werden.

Die Einheiten für arbeitsbezogene Interventionen können zwar nicht zusätzlich abgerechnet werden, sollen aber – sofern möglich - während der bewilligten ambulanten Rehabilitation in einem Umfang von 10 Einheiten in 6 Monaten oder 20 Einheiten in 12 Monaten erbracht werden.

Die Gesamtzahl der zulässigen ambulanten Therapiestunden (zum Beispiel 40 in 6 Monaten oder 80 in 12 Monaten) darf dabei nicht überschritten werden.

Die Leistungen zur arbeitsbezogenen Intervention sind gesondert mit dem Formular G0415-00 nachzuweisen und abzurechnen. Die Leistungen sind darüber hinaus (zusätzlich) im Entlassungsbericht zu dokumentieren.

Ambulante Rehabilitation (berufsbegleitend)

Deutsche Rentenversicherung Schwaben

Um für die Rentenversicherung die Zielsetzung des Erhalts beziehungsweise Erreichung der Eingliederung in Arbeit und Beruf auch in der ambulanten Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu fördern und zu stärken, haben die Rentenversicherungsträger eine gemeinsame Liste der möglichen arbeitsbezogenen Interventionen erstellt. Die Hinweise der Deutschen Rentenversicherung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind im Internet abrufbar.

Arbeitsbezogene Interventionen			
Therapeutische Leistungen	**KTL**	**Mindestdauer**	**Berufsgruppen**
1. Beratung zur beruflichen beziehungsweise schulischen Integration einzeln			
- Sozialrechtliche Fragen (zum Beispiel Klärung der wirtschaftlichen Sicherung)	D552	C (15 Min.)	Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Ergotherapeut Psychologe, Arzt **gegebenenfalls in Kooperation mit den Reha-Fachdiensten der Deutschen Rentenversicherung (Reha-Beratern)**
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	D561		
- Stufenweise Wiedereingliederung	D562		
- Berufliche Perspektiven und Berufsklärung	D563		
- Schulische Laufbahn	D564		
- Sonstige Beratung zur beruflichen Integration	D569		
2. Soziale Arbeit in der Kleingruppe			
- Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz	D581	I (45 Min.)	Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Psychologe, Arzt
- Umgang mit Belastungen und Konflikten im schulischen Umfeld	D582		
- Berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe	D583		
- Sozialrechtliche Fragen	D585		
- Training der sozialen Kompetenz	D586		

3. Soziale Arbeit in der Gruppe			
- Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz	D591	I (45 Min.)	Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Arzt Psychologe, Bei H841 / H842 auch Arbeitserzieher, Berufspädagogen, Pädagogen
- Umgang mit Belastungen und Konflikten im schulischen Umfeld	D592		
- Berufliche Orientierung und berufliche Integration	D593		
- Sozialrechtliche Fragen	D595		
- Training der sozialen Kompetenz	D596		
- Berufsbezogene Qualifizierungsangebote	H841		
- Bewerbungstraining	H842		
4. Arbeitsplatzbezogene Interventionen			
- Arbeitsweltbezogene Problematik einzeln	G642	C (15 Min.)	Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Psychologe, Arzt, alle qualifizierten Berufsgruppen Ergotherapeut, Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Arzt, Psychologe Bei E590, E621, E622, E672 auch Arbeitserzieher, Berufspädagoge, Sportwissenschaftler, Physiotherapeut
- Arbeitsweltbezogene Gruppe	G676	C (15 Min.)	
- Einzelgespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen	C580	F (30 Min.)	
- Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum (einzeln)	E630	F (30 Min.)	
- Arbeitsplatztraining (Kleingruppe)	E590	L (60 Min.)	
- Arbeitsplatzbesuch (einzeln)	E672	F (30 Min.)	
- Interne Belastungserprobung (einzeln)	E621	Individuell	
- Externe Belastungserprobung (einzeln)	E622	individuell	

6. Vergütung und Übersendung des Entlassungsberichtes

Da die ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten umfassen kann, ist die Abrechnung quartalsweise vorzunehmen, um den Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten zu minimieren.

Ambulante Rehabilitation (berufsbegleitend)

Für die Anforderung der Vergütung für Leistungen der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen steht das Formular G0419-00 und für die Leistungsdokumentation der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen das Formular G0420-00 zur Verfügung.

Der Entlassungsbericht ist nach Abschluss der Behandlung vom (Reha-)Arzt in Zusammenarbeit mit den behandelnden Therapeuten der Reha-Einrichtung zu erstellen. Dies gilt auch, wenn der Rehabilitand die ambulante Behandlung vorzeitig beendet hat, um in eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen zu wechseln.

Die letzte Rate der Vergütung für die ambulante Rehabilitation wird erst überwiesen, wenn der Entlassungsbericht vorliegt.

Der Entlassungsbericht ist spätestens innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben zu übersenden.

Als Ende der ambulanten Rehabilitation gilt in jedem Fall der Tag, an dem die letzte Gruppentherapie oder Einzeltherapie durchgeführt wurde.

Bei einem Abbruch der Leistung wegen unentschuldigten Fehlens muss der Entlassungsbericht 3 Wochen nach dem Fehltag der Deutschen Rentenversicherung Schwaben vorliegen.

Aufnahme

1. Verschieben des Aufnahmetermins

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

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

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

2. Besonderheiten bei ganztägig ambulanten Reha-Leistungen

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

Die Folgen und Verfahrensweisen bei

- krankheitsbedingten Unterbrechungen sind im Stichwort „Interkurrente Erkrankungen“,

- 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.

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

Das zweite Exemplar ist bis zum 31.08.2024 an die zuständige Krankenkasse zu senden, die damit ebenfalls über den Beginn der Leistung informiert wird.

Ab dem 01.09.2024 ist dies nicht mehr erforderlich, da nach § 3a Abs. 1 Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung (DÜ-RV) die Krankenkasse für Erwerbstätige mit Anspruch auf Krankengeld die in § 3a Absatz 2 DÜ-RV genannten Geschäftsvorfälle bei der Reha-Einrichtung anfordern kann.

2. Maschineller Datenaustausch

Reha-Einrichtungen, die am maschinellen Datenaustausch teilnehmen, übermitteln den 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 Begleitperson anlässlich der An-/Abreise zur Reha-Einrichtung, wenn dies aufgrund Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist (Reisebegleitung). Darüber hinaus kann die Deutsche Rentenversicherung Schwaben die Kosten für eine Begleitperson (Begleitkind) für die Dauer der Leistung übernehmen.

1. Reisekosten

Sofern die Anreise zur stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen mit einer Begleitperson erfolgt, kann auf eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung verzichtet werden, da in diesen Fällen generell die Notwendigkeit einer Begleitperson zu unterstellen ist.

Reisekosten für die Begleitpersonen können damit im Rahmen der Reisekostenregelung abgerechnet werden.

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

2. Verdienstausfall

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

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

Datenschutz

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

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

Unbefugte dürfen keine Kenntnisse von diesen medizinischen Sachverhalten erlangen.

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

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

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

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

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

Dauer der Leistung

1. Allgemeines

Über Art, Umfang, Dauer, Beginn und Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ist nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden.

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden für den Zeitraum erbracht, der erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Die Leistungsform richtet sich nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf. Wechsel der Leistungsformen sind hierbei möglich (§ 7 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“).

2. Behandlungsdauer

Die Festlegung der voraussichtlichen Behandlungsdauer (nach den gesetzlichen Vorgaben) erfolgt in der Kostenzusage. Es wird dabei nicht zwischen Rehabilitationseinrichtungen mit oder ohne Behandlungsdauerbudget unterschieden.

Die voraussichtliche Behandlungsdauer wird standardisiert in der Kostenzusage angegeben (ausgenommen Kombinationsbehandlungen).

Eine nach dem Therapiekonzept einer Reha-Einrichtung festgelegte kürzere Behandlungsdauer bleibt von den beschriebenen Höchstbehandlungsdauern unberührt.

		Bewilligungs-dauer	Richtwert*)
Alkohol- und Medikamenten-abhängigkeit:	Stationäre Regelbehandlung: Stationäre Kurzzeitbehandlung: Ganztägig ambulante Regelbehandlung: Ganztägig ambulante Kurzzeitbehandlung: Adaption:	13 Wochen 8 Wochen 12 Wochen 8 Wochen 12 Wochen	105 Tage (15 Wo.) 70 Tage (10 Wo.) 14 Wochen 10 Wochen 98 Tage (14 Wo.)
Drogenabhängigkeit:	Stationäre Regelbehandlung: Stationäre Kurzzeitbehandlung: Ganztägig ambulante Regelbehandlung: Ganztägig ambulante Kurzzeitbehandlung: Adaption:	22 Wochen 13 Wochen 18 Wochen 11 Wochen 14 Wochen	168 Tage (24 Wo.) 105 Tage (15 Wo.) 20 Wochen 13 Wochen 112 Tage (16 Wo.)
Pathologisches Glücksspiel und Pathologischer Computer- und Internetgebrauch):**	Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation:	10 Wochen	84 Tage (12 Wo.)

*) Der Richtwert stellt die indikationsspezifische Obergrenze für die durchschnittliche Behandlungsdauer bei der Durchführung einer Rehabilitationsleistung dar.

**) Ohne stoffgebundene Abhängigkeit: 6C50 gambling disorder und 6C51 gaming disorder.

3. Verlängerung

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

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

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

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

4. Vorzeitige Entlassung

Zum Abbruch einer Leistung wegen Wegfall der persönlichen Voraussetzungen oder fehlender Motivation wird auf das Stichwort „Abbruch der Leistung" verwiesen.

5. Besonderheiten bei ganztägig ambulanter Rehabilitation

Fallen Therapietage wegen Feiertagen, einem unentschuldigten oder entschuldigten Fehltag aus, so verlängern diese nicht die Leistung.

Bei unentschuldigten Fehltagen sind die Reha-Einrichtungen gehalten, sorgfältig zu prüfen, ob eine Fortsetzung der Leistung noch geboten ist. Leistungen sind beispielsweise auch dann abzubrechen, wenn es wiederholt keine nachvollziehbare Erklärung für unentschuldigte Fehltage gibt und diese gehäuft auftreten. Die Entscheidung hierüber obliegt der Reha-Einrichtung im jeweiligen Einzelfall.

6. Hinweise zum Verfahrensablauf

Für die Verlängerung einer ambulanten Leistung oder die Änderung der Leistungsform ist ausnahmslos das bundeseinheitliche Formular der Deutschen Rentenversicherung (Formular G0410-00) zu verwenden.

Diagnoseverschlüsselung nach der ICD

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

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

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

Entlassungsbericht

1. Aufbau des Entlassungsberichtes

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

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

2. Versand des Entlassungsberichtes

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

3. Weitergabe des ärztlichen Entlassungsberichtes

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

3.1 Weitergabe an die Rehabilitanden

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

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

3.2 Weitergabe an die Krankenkasse und den MD

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

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

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

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

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

3.3 Weitergabe an sonstige Stellen oder Behörden

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

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

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

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

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

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

4. Anforderung von Kurzberichten oder Stellungnahmen durch Krankenkassen

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

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

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

Entlassungsmitteilung

1. Weiterleitung der Entlassungsmitteilung

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

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

Bis zum 31.08.2024 ist der zuständigen Krankenkasse ebenfalls auf Papier eine Entlassungsanzeige zu senden.

Ab dem 01.09.2024 ist dies nicht mehr erforderlich, da nach § 3a Abs. 1 Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung (DÜ-RV) die Krankenkasse für Erwerbstätige mit Anspruch auf Krankengeld die in § 3a Absatz 2 DÜ-RV genannten Geschäftsvorfälle bei der Reha-Einrichtung anfordern kann.

2. Maschineller Datenaustausch

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

Fehlzeiten

1. Allgemeines

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

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

verständigt.

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

2. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Hinweise zum Verfahrensablauf bei Fortsetzung/Beendigung der Leistung

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

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

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

4.1 Krankheitsbedingte Unterbrechung

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

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

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

4.2 Mitwirkung der Versicherten

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

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

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

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

Wichtig ist dann eine entsprechende Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.

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

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

5. Vergütungssatz

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

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

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

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

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

Geltungsdauer von Kostenzusagen

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

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

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

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

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

Inhaftierte

1. Allgemeines

Nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI werden Leistungen zur Teilhabe während der Untersuchungshaft, des Vollzugs einer Freiheitsstrafe oder einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung (Haft) oder einer einstweiligen Unterbringung nach § 126a Abs. 1 StPO nicht erbracht.

Bei Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen gibt es besondere Ausnahmen vom Grundsatz des Leistungsausschlusses. Die Deutsche Rentenversicherung und die Justizverwaltungen der Länder haben hierzu eine bundesweite Kooperationsvereinbarung geschlossen, die den einheitlichen Umgang mit aus der Haft heraus gestellten Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen beinhaltet.

Für die Bestätigung der Sachverhalte steht das Formular G0435-00 zur Verfügung.

2. Verfahren zur Sicherstellung der Nahtlosigkeit

Um eine Nahtlosigkeit zwischen Haftentlassung und Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen sicherzustellen, kann für Versicherte, deren reguläres oder gerichtlich entschiedenes Haftende unmittelbar bevorsteht, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen durch die gesetzliche Rentenversicherung in Betracht kommen. Voraussetzung ist, dass der Antrag nicht länger als 8 Wochen vor dem nachweislich feststehenden Haftentlassungstermin gestellt wird.

2.1 Reguläres Haftende innerhalb von 8 Wochen

In Fällen, in denen das reguläre Haftende durch die Justizbehörde bestätigt wird und dieses nicht länger als 8 Wochen in der Zukunft liegt, berufen sich die Träger der Deutschen Rentenversicherung im Interesse der Nahtlosigkeit nicht auf den Ausschlussgrund nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI.

2.2 Aussetzung der Haft nach § 57 StGB beziehungsweise § 88 JGG

Hat die Strafvollstreckungskammer die Aussetzung des Vollzuges der Reststrafe auf Bewährung nach § 57 StGB beziehungsweise § 88 JGG rechtskräftig festgestellt und wird der Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen nicht mehr als 8 Wochen vor feststehender und bestätigter Haftentlassung (zum Beispiel durch Gerichtsbeschluss) gestellt, trifft der Rentenversicherungsträger im Interesse der Nahtlosigkeit eine Entscheidung über den Antrag ohne sich auf den Leistungsausschluss zu berufen.

Beachte:
Ein Ausschlussgrund liegt dann vor, wenn die zuständige Strafvollstreckungskammer eine Aussetzung der Haft **lediglich in Aussicht stellt**. Es besteht jedoch die Möglichkeit der Zusicherung nach § 34 SGB X. Es wird ein Ablehnungsbescheid mit einer auf 3 Monate befristeten Zusicherung erlassen. Dieses Verfahren greift dann, wenn ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt wurde, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind sowie der Behandlungsbedarf und die Rehaprognose als positiv definiert werden können. Sobald der Deutschen Rentenversicherung Schwaben die Entlassentscheidung der Strafvollstreckungskammer vorliegt, wird aus dem Ablehnungsbescheid mit Zusicherung ein Bewilligungsbescheid erlassen, sofern die Sachlage und Rechtslage unverändert geblieben ist.

3. Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG

Wird die Vollstreckung der Strafe nach § 35 BtMG zurückgestellt oder die Zurückstellung in Aussicht gestellt, liegt kein Ausschlussgrund vor, auch wenn die Aussetzung der Strafvollstreckung zum Zeitpunkt der Reha-Antragstellung faktisch noch nicht umgesetzt ist.

Für die Entscheidung des zuständigen Gerichtes über den Strafzurückstellungsantrag muss eine Kostenzusage des zuständigen Leistungsträgers vorliegen. Diese vorgezogene Handlung ist rechtlich bedingende Voraussetzung für die Strafaussetzung nach § 35 BtMG.

Liegt dem Rentenversicherungsträger eine entsprechende Aussage der Vollstreckungsbehörde über eine mögliche Zurückstellung der Haft nach § 35 BtMG vor, können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bewilligt werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§§ 10, 11 SGB VI) erfüllt sind.

Interkurrente Erkrankungen

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

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

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

Auf das Stichwort „Abbruch der Leistung" wird verwiesen.

1. Zuständigkeit der Rentenversicherung

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

2. Zuständigkeit der Krankenversicherung

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

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

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

3. Vergütungssatz/Bettenfreihaltegebühr

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

4. Fahr- oder Transportkosten

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

4.1 Behandlung in einem Krankenhaus am Reha-Ort

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

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

4.2 Behandlung in einem Krankenhaus am Wohnort

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

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

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

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

4.4 Ambulante ärztliche Behandlung am Reha-Ort

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

5. Zahnbehandlung

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

Hierfür ist die Krankenversicherung zuständig.

Jobcenter

1. Arbeitslosmeldung bei Beziehern von Übergangsgeld, die an einer Leistung zur Teilhabe teilnehmen

Langzeitbezieher von Übergangsgeld müssen sich rechtzeitig vor dem Ende ihrer Rehabilitationsmaßnahme beim Jobcenter melden, um Sanktionen im Zusammenhang mit dem Bürgergeld zu vermeiden.

2. Verbesserung der Eingliederung der Rehabilitanden ins Erwerbsleben nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Um die (Wieder-)Eingliederung arbeitsloser Rehabilitanden in das Erwerbsleben zu unterstützen, ist der frühzeitige Einbezug der Agenturen für Arbeit beziehungsweise der Jobcenter bereits während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erforderlich.

Bereits während der medizinischen Leistung soll die örtlich zuständige Agentur für Arbeit oder das Jobcenter mit dem Ziel kontaktiert werden, die Integration in Arbeit einschließlich eventuell notwendiger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglichst nahtlos zu gestalten.

Die Terminierung des Beratungsgespräches soll bereits während der medizinischen Leistung (beispielsweise im Rahmen einer Familienheimfahrt) erfolgen.

Für eine enge und abgestimmte Zusammenarbeit haben die Deutsche Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag Empfehlungen herausgegeben. Aus diesen ergeben sich nähere Hinweise. Die Empfehlungen sind im Internet abrufbar[3], zum Beispiel auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung.

[3] Titel: „Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018“.

Kombi-Behandlung

Eine Kombinationsbehandlung sieht die Durchführung der Leistung in 2 Phasen vor, bei der ein stationärer/ganztägig ambulanter Teil mit einer rein ambulanten Behandlung kombiniert wird:

a) Eine **stationäre/ganztägig ambulante** Phase mit einer Dauer von in der Regel **8** Wochen (Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit) beziehungsweise **16** Wochen (Drogenabhängigkeit).
b) Eine daran direkt anschließende **ambulante** Phase mit **40** Therapiegesprächen für die Rehabilitanden sowie **4 Gesprächen** für deren Bezugspersonen innerhalb von **6 Monaten.**

Eine Kombi-Behandlung wird vorab beantragt und insgesamt, also für beide aufeinanderfolgenden Phasen bewilligt.

Eine Kombi-Behandlung kann in Einzelfällen auch für Reha-Einrichtungen in Frage kommen, welche diese Leistungsform nicht regelhaft anbieten. Voraussetzung hierfür ist, dass die vermittelnde Beratungsstelle eine Kombi-Behandlung im Vorfeld einzelfallbezogen mit den betroffenen Reha-Einrichtungen abgestimmt hat.

1. Rückfall

Sollte ein Rückfall im ambulanten Rahmen nicht ausreichend aufgefangen und behandelt werden können, ist die Kombi-Behandlung abzubrechen und bei weitergehendem Behandlungsbedarf eine stationäre Intervention zu beantragen.

2. Wechsel der Durchführungsform

Sofern eine Kombi-Behandlung nicht von Beginn an möglich war, kann dennoch im Verlauf einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen der Wechsel der Durchführungsform in Frage kommen.

Der Wechsel kann nur auf Basis der einheitlich vereinbarten Rahmenbedingungen erfolgen.

2.1 Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der vorherigen Phase vom 20.01.2015

Unter folgenden Rahmenbedingungen soll für Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker[4] die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[5] mit Verkürzung der vorherigen Phase erfolgen können:

- ein Wechsel in die ambulante Reha-Einrichtung ist nur bis zum Ablauf von 8 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, von 16 Wochen bei Drogenabhängigkeit möglich,

- der Wechsel ist spätestens 14 Tage vor der Entlassung bei DRV-Versicherten mit dem Formular G410[6], bei GKV-Versicherten mit dem Formular „Verlängerungsantrag Abhängigkeitserkrankungen“ zu beantragen und die Entscheidung abzuwarten,

- der Wechsel kann in alle vom zuständigen Rehabilitationsträger zugelassenen ambulanten Reha-Einrichtungen erfolgen, in denen die ambulante Entlassungsform von diesem akzeptiert wird,

- es werden in der Regel 40 plus 4 Therapieeinheiten für eine Zeitdauer von 26 Wochen bewilligt,

- die ambulante Phase muss innerhalb einer Woche nach der Entlassung aus der stationären/ganztägig ambulanten Reha-Einrichtung beginnen und

- die Rahmenbedingungen des Gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008 (Erreichbarkeit der ambulanten Einrichtung/Rückfallbearbeitung/Erstellung Entlassungsbericht/Finanzierung) gelten.

[4] Medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.
[5] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.
[6] Formular G0410-00.

2.2 Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung ohne Verkürzung der vorherigen Phase vom 04.03.2015

2.2.1 Formale Rahmenbedingungen

a) Der gesamte Behandlungsbedarf zeigt sich erst während der stationären beziehungsweise ganztägig ambulanten Rehabilitation (Abgrenzung zur Kombinationsbehandlung = Behandlungsbedarf vorher bekannt und Verlauf geplant).

b) Aufgrund des Schweregrades der Erkrankung und der Komplexität der Teilhabestörungen kann die stationäre beziehungsweise ganztägig ambulante Rehabilitation nicht verkürzt werden, die Rehabilitationsziele sind jedoch im ambulanten Rehabilitationssetting erreichbar (Abgrenzung zur ambulanten Entlassphase = eher für ‚leichtere Fälle', Abgrenzung zu komplexen psychischen Komorbiditäten = eher Verlängerung der stationären Phase, ambulante Psychotherapie).

c) Während der stationären beziehungsweise ganztägig ambulanten Rehabilitation wurden aufgrund der komplexen Problemlage nicht alle Behandlungsziele erreicht oder es sind angepasste beziehungsweise modifizierte Behandlungsziele hinzugekommen, die im ambulanten Rehabilitationssetting weiter bearbeitet werden können (Abgrenzung zur ambulanten Suchtnachsorge = Definierte Gruppen- und Einzelgespräche zur Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen sind ausreichend, Abgrenzung zu komplexen psychischen Komorbiditäten = eher Verlängerung der stationären Phase, ambulante Psychotherapie).

d) Die noch nicht erreichten beziehungsweise zusätzlich definierten Behandlungsziele erfordern ein ambulantes Setting; es besteht eine günstige Prognose für die ambulante Phase (Abgrenzung zur Adaption = stationäres Setting bei Problemen im Bereich Arbeit und Wohnung; Abgrenzung zur Verlängerung der stationären Rehabilitation).

e) Im Rahmen der stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitation werden die weiteren Behandlungsziele in Abstimmung mit dem Rehabilitanden formuliert und der weitere Rehabilitationsprozess mit der ambulanten Reha-Einrichtung abgestimmt.

2.2.2 Indikationskriterien und Teilhabeziele

Die nachfolgenden Indikationskriterien und Teilhabeziele können einen Hinweis darauf geben, dass ein Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform angezeigt ist. Die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[7] ohne Verkürzung der vorherigen Phase stellt dabei eine von verschiedenen Möglichkeiten der weiteren Behandlung dar. Es ist im Einzelfall zu prüfen, welche Leistung für den Rehabilitanden angezeigt ist. Andere in Betracht kommende Leistungen sind beispielsweise die Verlängerung der stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitation, Adaption, Nachsorge, ambulante/ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[8] mit Verkürzung der vorherigen Phase, Teilnahme an Selbsthilfegruppe oder ambulante Psychotherapie. Ist die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[9] ohne Verkürzung der vorherigen Phase im Einzelfall angezeigt, dann ist diese aus dem stationären Setting entsprechend zu beantragen und zu begründen (Formular G410[10]). Der Rehabilitationsträger prüft, ob die offenen Rehabilitationsziele im ambulanten Setting erreichbar sind (fehlender akutmedizinischer Handlungsbedarf, Vorliegen von Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose).

Die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[11] ohne Verkürzung der vorherigen Phase kann angezeigt sein, wenn sich Veränderungen oder neue Erkenntnisse im Rahmen der stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation ergeben, die eine Fortführung der therapeutischen Unterstützung begonnener Veränderungsprozesse bei einer erkennbaren hohen Rückfallgefährdung erforderlich machen. Diese führen zu angepassten beziehungsweise modifizierten Behandlungszielen, die speziell nur im rehabilitativ ambulanten Setting bearbeitet werden können. Hierzu gehören beispielsweise:

- Rückkehr in ein Umfeld mit erkennbar pathologischer Beziehungsdynamik beispielsweise zu Hause oder am Arbeitsplatz mit vorhersehbarer Destabilisierung,
- erkennbare Selbstwertproblematik und mangelnde Abgrenzungsfähigkeit bei der Umsetzung bisher gewonnener Erkenntnisse im sozialen Umfeld,
- Änderung der Beziehungssituation wie zum Beispiel Trennung vom Partner,
- Erkrankung oder Tod eines Angehörigen,
- Änderung des Erwerbsstatus wie zum Beispiel Verlust des bisherigen Arbeitsplatzes, Antritt einer neuen Stelle oder eines Praktikums zur Förderung der beruflichen Teilhabe,

[7] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.
[8] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.
[9] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.
[10] Formular G0410-00.
[11] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.

- Auftreten oder Erkennen zusätzlicher somatischer (beispielsweise bösartige oder schwere chronische Erkrankungen) oder psychischer (beispielsweise depressive Episoden) Erkrankungen des Rehabilitanden, die seine körperlichen Funktionen einschränken und/oder Auswirkungen auf die psychischen Funktionen sowie die Teilhabechancen haben.

Die neuen Erkenntnisse oder erkennbaren Belastungssituationen und Krisensituationen sind zusammen mit den angepassten Behandlungszielen und der Rehabilitationsprognose zu benennen. Aus der Begründung muss sich das Erfordernis für einen Wechsel in die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[12] ohne Verkürzung der vorherigen Phase ableiten lassen.

Wird der Wechsel in die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[13] ohne Verkürzung der vorherigen Phase vom zuständigen Rehabilitationsträger bewilligt und erfolgt dieser, ist im Entlassungsbericht die Entlassungsform ‚7' (Wechsel) zu verschlüsseln.

2.3 Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der vorherigen stationären Phase vom 15.02.2016

Unter folgenden Rahmenbedingungen soll für Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker[14] die ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[15] mit Verkürzung der vorherigen stationären Phase erfolgen können:

- Ein Wechsel ist spätestens sechs Wochen vor der geplanten Entlassung bei DRV-Versicherten mit dem Formular G410[16], bei GKV-Versicherten mit dem Formular „Verlängerungsantrag Abhängigkeitserkrankungen" unter Angabe der ausgewählten ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtung per Fax zu beantragen. Die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers ist abzuwarten.

- Der Wechsel kann in alle vom zuständigen Rehabilitationsträger zugelassenen ganztägig ambulanten Einrichtungen unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit erfolgen, in denen die ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[17] mit Verkürzung der vorherigen stationären Phase von diesem akzeptiert wird.

- Die Gesamtdauer der Leistung sollte die vom Rehabilitationsträger bewilligte Rehabilitationsdauer des Erstbescheides nicht überschreiten.

[12] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.
[13] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.
[14] Medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.
[15] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.
[16] Formular G0410-00.
[17] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.

- Die ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung[18] mit Verkürzung der vorherigen stationären Phase muss spätestens vier Wochen vor dem geplanten Entlassungstermin begonnen werden. Ein nahtloser Übergang zwischen stationärer und ganztägig ambulanter Rehabilitationseinrichtung ist von der stationären Entwöhnungseinrichtung sicherzustellen.

- Die körperlichen, psychischen und sozialen Voraussetzungen des Rehabilitanden zur Durchführung der ganztägig ambulanten Rehabilitation werden durch den leitenden Arzt bestätigt. Dies gilt auch für die positive Prognose, dass ein Rückfall unter diesen veränderten Bedingungen nicht zu erwarten ist und somit ein erneutes stationäres Modul voraussichtlich nicht notwendig sein wird.

- Der Rehabilitand muss einen festen Wohnsitz vorweisen können.

- Die Umstellung der Behandlungsform von stationär auf ganztägig ambulante Rehabilitation muss im Entlassungsbericht der stationären Einrichtung ausgewiesen und begründet werden.

- Die stationäre Einrichtung verschlüsselt die Entlassungsform 7 im Entlassungsbericht.

- Die ganztägig ambulante Einrichtung erstellt einen Entlassungsbericht für die dort durchgeführte Rehabilitation. Dieser kann auf dem Entlassungsbericht der stationären Entwöhnungseinrichtung aufbauen.

- Die Rahmenbedingungen des Gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011 (Erreichbarkeit der ganztägig ambulanten Einrichtung/Rückfallbearbeitung/Erstellung Entlassungsbericht/Finanzierung) gelten.

Hinweis:
Zur Sicherstellung der weiteren Zahlung des Übergangsgeldes ist es erforderlich, dass die Rehabilitanden nahtlos von der stationären Rehabilitation in die ganztägig ambulante Rehabilitation verlegt werden. Die Rehabilitanden haben somit am Verlegungstag oder Folgetag mit dieser Leistung zu beginnen.

[18] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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

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

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

Nachsorge

1. Allgemeines

Die ambulante Nachsorge kommt bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in Betracht, bei denen das Rehabilitationsziel erreicht ist, aber der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe nicht ausreicht und eine ambulante Richtlinienpsychotherapie nicht indiziert oder nicht ausreichend ist.

Bei der Suchtnachsorge handelt es sich um definierte Gruppengespräche und Einzelgespräche, die der Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen sowie der Erhaltung und Festigung der Abstinenz, insbesondere durch Unterstützung in Krisenfällen sowie bei der Erhaltung der Abstinenzmotivation dienen. Darüber hinaus sollen die Rehabilitanden auch bei der beruflichen Wiedereingliederung begleitet und unterstützt werden.

Die Leistungen werden überwiegend als Gruppentherapie angeboten.

Die Rentenversicherung hat ein Rahmenkonzept[19] zur Nachsorge erarbeitet und mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgestimmt; die Suchtfachverbände waren einbezogen.

2. Rahmenbedingungen der Nachsorge

Die Nachsorge in der Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kann grundsätzlich nur nach stationärer oder ganztägig ambulanter Rehabilitation durchgeführt werden.

Die Weichen für die Nachsorge müssen bereits in der stationären oder ganztägig ambulanten Reha-Einrichtung gestellt werden. Die Nachsorge ist deshalb noch vor Beendigung der Hauptleistung mit dem Formular G0400-00 zu beantragen.

Die Nachsorge sollte sich nahtlos an das Ende der zugrunde liegenden Rehabilitationsleistung anschließen; sie muss jedoch spätestens innerhalb von 3 Monaten begonnen sein und endet spätestens 12 Monate nach Abschluss der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe. Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben legt besonderen Wert auf einen nahtlosen beziehungsweise möglichst frühzeitigen Beginn der Nachsorge.

Nachsorgeleistungen sind auch parallel zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Stufenweisen Wiedereingliederung möglich, wenn sie zusätzlich notwendig sind.

[19] Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012.

Da die Maßnahmen unterschiedliche Inhalte haben und in abweichenden Frequenzen durchgeführt werden, können Nachsorgeteilnehmer und Rehabilitanden der berufsbegleitend ambulanten Rehabilitation grundsätzlich nicht zu einer Gruppe zusammengefasst werden.

Für eine Nachsorgeleistung muss bei erfolgreicher Entlassung aus der Reha-Einrichtung eine Leistungsfähigkeit von mindestens 3 Stunden bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen.

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben erbringt zunächst für 6 Monate 20 Gesprächseinheiten mit zusätzlich 2 Einzelgesprächen/Gruppengesprächen für die Bezugsperson/-en.

Die Verlängerung um weitere 6 Monate mit 20 Gesprächseinheiten und zusätzlich 2 Einzelgesprächen/Gruppengesprächen die Bezugsperson/-en ist in begründeten Fällen möglich.

3. Ausführende Stellen

Für die Erbringung der Nachsorge zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung können nur die von der Deutschen Rentenversicherung zugelassenen Nachsorgeeinrichtungen in Anspruch genommen werden. Die von den Rentenversicherungsträgern zugelassenen Einrichtungen für die Nachsorge können abgerufen werden unter www.nachderreha.de.

4. Abrechnung und Vergütung der Nachsorge

Die Vergütung fordert die Reha-Einrichtung nach Abschluss der Leistung mit dem Formular G0406-00 (einschließlich dem Abschlussbericht für Nachsorgeleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen, Formular G0405-00) an.

Die Vergütung beträgt für erbrachte Leistungen der Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen bundesweit:

ab 01.01.2020	37,77 Euro
ab 01.01.2021	38,73 Euro
ab 01.01.2022	39,62 Euro
ab 01.01.2023	41,60 Euro
ab 01.01.2024	44,30 Euro

Maßgebend ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung.

5. Gewährung von Fallpauschalen für Betreutes Wohnen

Mit Inkrafttreten des Gemeinsamen Rahmenkonzepts zur Nachsorge Abhängigkeitskranker ist das Betreute Wohnen im Sinne der Verfahrensabsprache vom 03.05.1994 keine Nachsorgeleistung der Deutschen Rentenversicherung mehr.
Nachsorge für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind ausschließlich die im Rahmenkonzept definierten Gruppengespräche und Einzelgespräche. Die Verfahrensabsprache vom 03.05.1994 ist nicht mehr anwendbar.

6. Ergänzende Leistungen bei Durchführung einer Nachsorge

6.1 Fahrkosten

Die Träger der Rentenversicherung erstatten eine Fahrkostenpauschale (§ 11 der Richtlinie zu § 17 SGB VI).

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

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

Für den Antrag auf Fahrkosten steht das Formular G4860-00 zur Verfügung.

6.2 Haushaltshilfe

Kosten für eine Haushaltshilfe können grundsätzlich nicht übernommen werden.
Die Haushaltshilfe nach § 74 SGB IX ist eine ergänzende Leistung (§ 64 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX) und kann nur im Zusammenhang mit einer Hauptleistung gewährt werden, sofern die übrigen Voraussetzungen vorliegen.

Da die Nachsorge stundenweise (auch in den Abendstunden) durchgeführt wird, ist generell davon auszugehen, dass eine Haushaltshilfe nicht wegen der Teilnahme an der Nachsorge erforderlich wird.

6.3 Zuzahlung

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

6.4 Unfallversicherungsschutz

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

Nichtantritt von Leistungen

Beginnt ein Versicherter die Leistung zur Teilhabe nicht zum vorgesehenen Termin, ist ihm ein neuer Aufnahmetermin mitzuteilen.

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

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

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

Nichtraucherschutz

Das bayerische Gesundheitsschutzgesetz (GSG) verfolgt das Ziel, 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, Bildungseinrichtungen und Freizeiteinrichtungen.

In Reha-Einrichtungen, in denen von Rentenversicherungsträgern finanzierte Leistungen durchgeführt werden, ist das Rauchen von Tabakwaren und Cannabisprodukten, einschließlich jeglicher mit synthetischen Cannabinoiden versetzter Stoffe in Innenräumen daher gänzlich untersagt (Artikel 3 Absatz 1 Satz 1 Gesundheitsschutzgesetz in der Fassung ab 01.08.2024).

Für das Rauchen von Tabakwaren, nicht aber von Cannabisprodukten, einschließlich jeglicher mit synthetischen Cannabinoiden versetzter Stoffe, können abgegrenzte und gekennzeichnete Raucherräume eingerichtet werden (Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Gesundheitsschutzgesetz in der Fassung ab 01.08.2024).

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

Die Rentenversicherung strebt rauchfreie Reha- und Bildungseinrichtungen an.

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

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

Qualitätssicherung

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

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

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

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

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

- **Rehabilitandenbefragung**
  Die Rehabilitandenbefragung ist ein Instrument zur Messung der Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation.
  Durch die kontinuierliche Befragung einer Stichprobe von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (8-12 Wochen nach Beendigung der Reha) wird sowohl die

Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot als auch der Behandlungserfolg der Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhoben.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reisekosten bei ambulanten Leistungen

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

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

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

1. Der Weg wird zu Fuß zurückgelegt

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

2. Der Weg wird mit dem Fahrrad zurückgelegt

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

3. Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt

3.1 Regelfall

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

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

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

3.2 Deutschlandticket

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

3.3 Weitere Abonnements (beispielsweise Jahreskarten)

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

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

Beispiel 1:
Für die Jahreskarte fallen monatlich Kosten in Höhe von 42,60 Euro an. Der Versicherte nahm an 10 Tagen an der Maßnahme teil.

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

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

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

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

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

3.4 Reisekosten bei Streik

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

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

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

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

4.1 Höhe der Wegstreckenentschädigung

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

4.2 Bestimmung der maßgebenden Entfernung

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

Beispiel
Der Versicherte pendelt für Hinfahrt und Rückfahrt täglich jeweils 25,3 Kilometer. Für jeden Anwesenheitstag ist eine Wegstreckenentschädigung in folgender Höhe zu zahlen:

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

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

4.3 Überprüfung der Kilometerangaben

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

Die Praxiserfahrungen mit Google Maps haben gezeigt, dass abhängig von der Tageszeit und vom Verkehrsfluss unterschiedliche Zeit- und Kilometerangaben ermittelt werden. Zusätzlich hat sich gezeigt, dass teilweise Umwege wegen Baustellen nicht zuverlässig in Google Maps dargestellt werden.

Vor diesem Hintergrund ist bei der Überprüfung der Kilometerangaben der Teilnehmenden für die Abrechnung der Fahrkosten wie nachfolgend beschrieben zu verfahren. Dies gilt unabhängig davon, welcher Routenplaner in Ihrer Reha-Einrichtung genutzt wird.

a) Einmalige Fahrten (beispielsweise An- und Abreise zur Reha-Einrichtung)
Liegt die vom Versicherten angegebene Kilometerzahl unter der Angabe des Routenplaners, so sind die Angaben des Versicherten für die Abrechnung der Fahrkosten heranzuziehen.

Liegen die Angaben des Versicherten bis zu 10 Prozent über den Ergebnissen des Routenplaners, sind sie im Toleranzbereich und können für die Berechnung der Fahrkosten berücksichtigt werden.

Beispiel 1

Die Entfernung für die An- und Abreise zur Reha-Einrichtung beträgt laut Routenplaner 50 Kilometer.

Der Versicherte gibt an,

- 47 Kilometer (Variante 1)
- 53 Kilometer (Variante 2)
- 57 Kilometer (Variante 3)

gefahren zu sein.

Lösung Variante 1

Für die Berechnung der Fahrkosten kann nur die angegebene Entfernung (47 Kilometer) zugrunde gelegt werden. Es ist davon auszugehen, dass der Versicherte tatsächlich eine kürzere Strecke gefahren ist. Zu erstatten sind Fahrkosten in Höhe von 9,40 Euro (= 47 Kilometer x 0,20 Euro).

Lösung Variante 2

Der Toleranzbereich liegt zwischen 50 Kilometer und 55 Kilometer (50 Kilometer zuzüglich 10 Prozent). Die angegebene Entfernung (53 Kilometer) liegt innerhalb des Toleranzbereichs und kann deshalb bei der Berechnung der Fahrkosten zugrunde gelegt werden. Zu erstatten sind Fahrkosten in Höhe von 10,60 Euro (= 53 Kilometer x 0,20 Euro).

Lösung Variante 3

Die vom Versicherten angegebene Entfernung (57 Kilometer) liegt außerhalb des Toleranzbereichs (bis 55 Kilometer). Deshalb wird für die Berechnung der Fahrkosten die Entfernung zugrunde gelegt, die sich nach dem Routenplaner ergibt. Zu erstatten sind Fahrkosten in Höhe von 10,00 Euro (= 50 Kilometer x 0,20 Euro).

Sofern der Versicherte mit der so ermittelten Entfernung nicht einverstanden sein sollte und dies mit ungünstigen Verkehrsverhältnissen (beispielsweise Stau) oder Zeitersparnis begründet, sind die Fahrkosten bei berechtigtem Einwand neu zu berechnen.

Beispiel 2 — Die Entfernung zur Reha-Einrichtung beträgt laut Routenplaner 96,9 Kilometer. Der Versicherte gibt an, insgesamt 213 Kilometer gefahren zu sein.

Lösung Beispiel 2 — Hinfahrt und Rückfahrt werden zusammengerechnet (193,80 Kilometer) und die Summe auf volle Kilometer (193 Kilometer) abgerundet.

Mit einem Zuschlag von 10 Prozent (19,3 Kilometer) ergibt sich ein Toleranzbereich von bis zu 212,30 Kilometer. Der Toleranzbereich wird ebenfalls auf volle Kilometer (212 Kilometer) abgerundet.

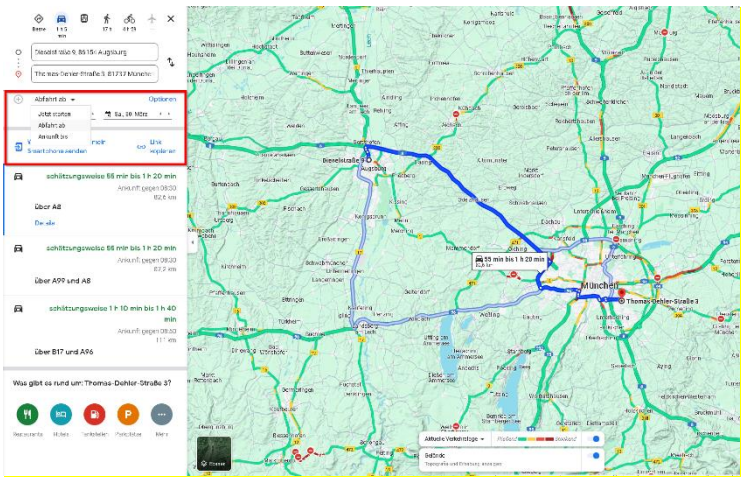
Die vom Versicherten angegebene Entfernung (213 Kilometer) liegt außerhalb des Toleranzbereichs (bis 212 Kilometer). Für die Berechnung der Fahrkosten wird deshalb die Entfernung zugrunde gelegt, die sich nach dem Routenplaner ergibt. Zu erstatten sind Fahrkosten in Höhe von 38,60 Euro (= 193 Kilometer x 0,20 Euro).

Sofern der Versicherte mit der so ermittelten Entfernung nicht einverstanden sein sollte und dies mit ungünstigen Verkehrsverhältnissen (beispielsweise Stau) oder Zeitersparnis begründet, sind die Fahrkosten bei berechtigtem Einwand neu zu berechnen.

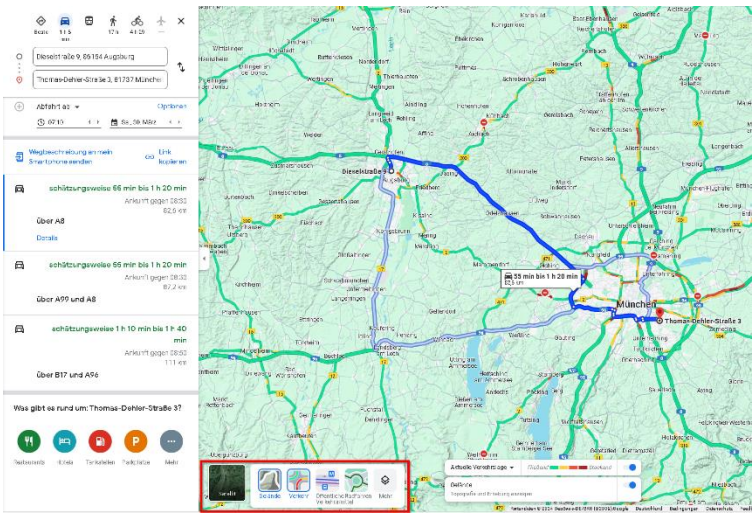
b) Pendelfahrten (bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)
Die Regelungen unter Buchstabe a) sind sinngemäß auch bei Pendelfahrten anzuwenden.

Bei der Ermittlung der Kilometer für die Abrechnung der Fahrkosten muss darauf geachtet werden, dass zum Zeitpunkt der Abfrage möglichst kein Stau vorliegen sollte. Hierzu sind bei Google Maps folgende Besonderheiten zu beachten:

– Bei der Abfrage in Google Maps kann der Zeitpunkt der Fahrt frei gewählt werden, wobei zurückliegende Zeitpunkte möglich sind.



– In Google Maps kann auch der Verkehrsfluss angezeigt werden.



4.4 Der Weg wird in einer Fahrgemeinschaft zurückgelegt

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

5. Erstattung von Fahrkosten anlässlich eines Betriebspraktikums während der Adaptionsphase

Die Phase der Adaption ist Bestandteil der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.

Die Bewilligung der Adaption durch die Deutsche Rentenversicherung Schwaben schließt auch die Zustimmung zur Durchführung von Betriebspraktika während der Adaptionsphase ein.

Sofern Versicherte im Rahmen der Adaptionsphase an einem externen Betriebspraktikum teilnehmen, können für einzelne Wochentage Fahrkosten anfallen. Die entstehenden Fahrkosten werden nicht regelhaft übernommen.

Erhält der Versicherte während des Praktikums eine Vergütung, so ist es ihm zuzumuten, die Fahrkosten von seinem Entgelt zu bestreiten.

Bei einem unentgeltlichen Praktikum werden die notwendigen Fahrkosten zwischen der Behandlungs- und der Praktikumsstätte erstattet. Mögliche Fahrpreisermäßigungen (zum Beispiel Wochenkarte) sind zu nutzen.

Reisekosten bei stationären Leistungen

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

- Fahrkosten (Ziffer 1),
- Fahrkosten für Familienheimfahrten (Ziffer 2) und therapiebedingte Fahrten (Ziffer 3),
- Erstattung von Fahrkosten anlässlich eines Betriebspraktikums (Ziffer 4),
- Kosten des Gepäcktransports (Ziffer 5),
- Verpflegungskosten (Ziffer 6)

übernommen.

1. Fahrkosten

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

1.1 Der Weg wird mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt

1.1.1 Regelfall

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

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

Mögliche Fahrpreisvergünstigungen (beispielsweise BahnCard, Sparpreis, Bayern-Ticket) sind in Anspruch zu nehmen.

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

Erstattungsfähig sind auch

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

1.1.2 Deutschlandticket

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

1.1.3 Reisekosten bei Streik

Sofern aufgrund eines Streiks die Anreise oder Abreise mit der Deutschen Bahn oder einem anderen Bahnunternehmen nicht möglich ist, können ersatzweise angemessene Alternativen in Anspruch genommen und die hierdurch entstandenen Kosten erstattet werden.
Angemessene Alternativen können die Nutzung des Ersatzfahrplans oder anderer geeigneter Reisemittel sein. Möglich ist auch die Verschiebung der Anreise oder Abreise und gegebenenfalls eine damit verbundene Übernachtung.

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

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

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

1.2.1 Bestimmung der maßgebenden Entfernung

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

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

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

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

1.2.2 Überprüfung der Kilometerangaben

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

Die Praxiserfahrungen mit Google Maps haben gezeigt, dass abhängig von der Tageszeit und vom Verkehrsfluss unterschiedliche Zeit- und Kilometerangaben ermittelt werden. Zusätzlich hat sich gezeigt, dass teilweise Umwege wegen Baustellen nicht zuverlässig in Google Maps dargestellt werden.

Vor diesem Hintergrund ist bei der Überprüfung der Kilometerangaben der Teilnehmenden für die Abrechnung der Fahrkosten wie nachfolgend beschrieben zu verfahren. Dies gilt unabhängig davon, welcher Routenplaner in Ihrer Reha-Einrichtung genutzt wird.

Einmalige Fahrten (beispielsweise An- und Abreise zur Reha-Einrichtung)
Liegt die vom Versicherten angegebene Kilometerzahl unter der Angabe des Routenplaners, so sind die Angaben des Versicherten für die Abrechnung der Fahrkosten heranzuziehen.

Liegen die Angaben des Versicherten bis zu 10 Prozent über den Ergebnissen des Routenplaners, sind sie im Toleranzbereich und können für die Berechnung der Fahrkosten berücksichtigt werden.

Beispiel 1

Die Entfernung für die An- und Abreise zur Reha-Einrichtung beträgt laut Routenplaner 50 Kilometer.

Der Versicherte gibt an,

- 47 Kilometer (Variante 1)
- 53 Kilometer (Variante 2)
- 57 Kilometer (Variante 3)

gefahren zu sein.

Lösung Variante 1

Für die Berechnung der Fahrkosten kann nur die angegebene Entfernung (47 Kilometer) zugrunde gelegt werden. Es ist davon auszugehen, dass der Versicherte tatsächlich eine kürzere Strecke gefahren ist. Zu erstatten sind Fahrkosten in Höhe von 9,40 Euro (= 47 Kilometer x 0,20 Euro).

Lösung Variante 2

Der Toleranzbereich liegt zwischen 50 Kilometer und 55 Kilometer (50 Kilometer zuzüglich 10 Prozent). Die angegebene Entfernung (53 Kilometer) liegt innerhalb des Toleranzbereichs und kann deshalb bei der Berechnung der Fahrkosten zugrunde gelegt werden. Zu erstatten sind Fahrkosten in Höhe von 10,60 Euro (= 53 Kilometer x 0,20 Euro).

Lösung Variante 3

Die vom Versicherten angegebene Entfernung (57 Kilometer) liegt außerhalb des Toleranzbereichs (bis 55 Kilometer). Deshalb wird für die Berechnung der Fahrkosten die Entfernung zugrunde gelegt, die sich nach dem Routenplaner ergibt. Zu erstatten sind Fahrkosten in Höhe von 10,00 Euro (= 50 Kilometer x 0,20 Euro).

Sofern der Versicherte mit der so ermittelten Entfernung nicht einverstanden sein sollte und dies mit ungünstigen Verkehrsverhältnissen (beispielsweise Stau) oder Zeitersparnis begründet, sind die Fahrkosten bei berechtigtem Einwand neu zu berechnen.

Beispiel 2

Die Entfernung zur Reha-Einrichtung beträgt laut Routenplaner 96,9 Kilometer. Der Versicherte gibt an, insgesamt 213 Kilometer gefahren zu sein.

Lösung Beispiel 2

Hinfahrt und Rückfahrt werden zusammengerechnet (193,80 Kilometer) und die Summe auf volle Kilometer (193 Kilometer) abgerundet.

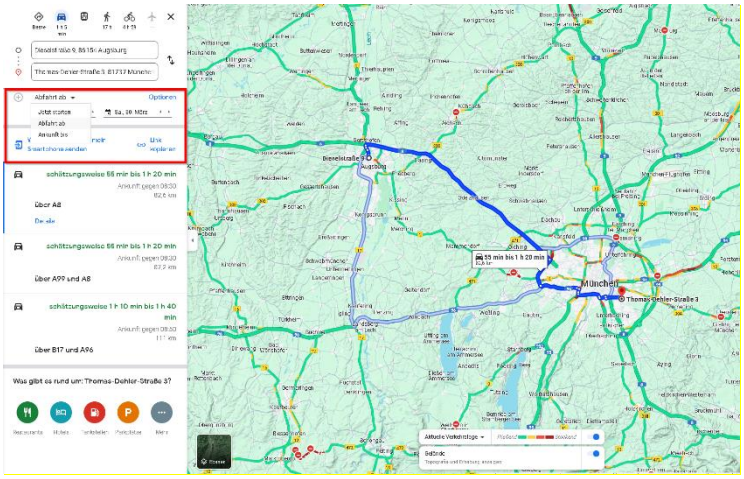
Mit einem Zuschlag von 10 Prozent (19,3 Kilometer) ergibt sich ein Toleranzbereich von bis zu 212,30 Kilometer. Der Toleranzbereich wird ebenfalls auf volle Kilometer (212 Kilometer) abgerundet.

Die vom Versicherten angegebene Entfernung (213 Kilometer) liegt außerhalb des Toleranzbereichs (bis 212 Kilometer). Für die Berechnung der Fahrkosten wird deshalb die Entfernung zugrunde gelegt, die sich nach dem Routenplaner ergibt. Zu erstatten sind Fahrkosten in Höhe von 38,60 Euro (= 193 Kilometer x 0,20 Euro).

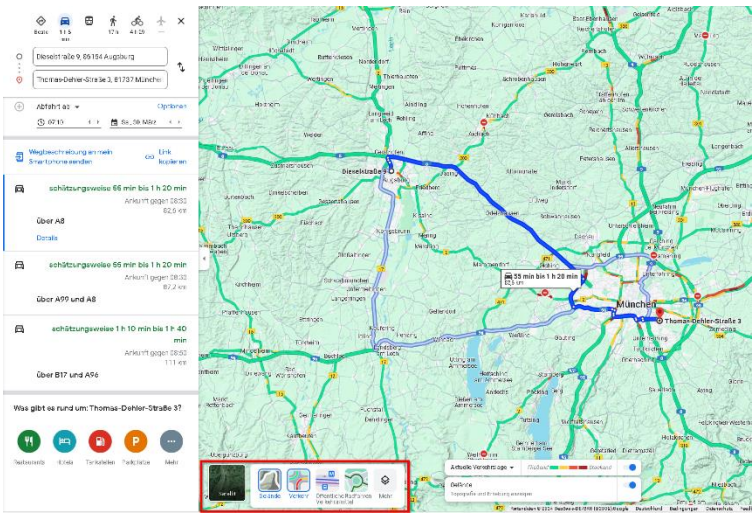
Sofern der Versicherte mit der so ermittelten Entfernung nicht einverstanden sein sollte und dies mit ungünstigen Verkehrsverhältnissen (beispielsweise Stau) oder Zeitersparnis begründet, sind die Fahrkosten bei berechtigtem Einwand neu zu berechnen.

Bei der Ermittlung der Kilometer für die Abrechnung der Fahrkosten muss darauf geachtet werden, dass zum Zeitpunkt der Abfrage möglichst kein Stau vorliegen sollte. Hierzu sind bei Google Maps folgende Besonderheiten zu beachten:

– Bei der Abfrage in Google Maps kann der Zeitpunkt der Fahrt frei gewählt werden, wobei zurückliegende Zeitpunkte möglich sind.



– In Google Maps kann auch der Verkehrsfluss angezeigt werden.



1.2.3 Begrenzung der Wegstreckenentschädigung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⇨ Zu erstatten sind folgende Beträge:

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

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

Gesamt: 90,00 Euro
150,00 Euro

240,00 Euro

1.4 Begleitpersonen

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

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

Beispiel:

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

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

1.4.2 Fahrkosten bei An-/Abreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln

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

Haben Begleitpersonen Anspruch auf kostenlose Beförderung in öffentlichen Verkehrsmitteln (beispielsweise Bahnfahrt bei Begleitung von Blinden), so sind ihnen lediglich für die Rückreise anlässlich der Aufnahme und für die Hinreise anlässlich der Abholung des Betreuten Reisekosten zu erstatten. Die kostenlose Beförderung

der Begleitpersonen ist nämlich nur anlässlich der mit dem Betreuten gemeinsam durchgeführten Fahrt möglich.

1.4.3 Verdienstausfall für Begleitpersonen

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

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

1.5 Andere Beförderungsmittel

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

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

2. Fahrkosten für Familienheimfahrten

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

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

2.1 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.

2.2 Anzahl der Familienheimfahrten

Reisekosten werden im Regelfall für 2 Familienheimfahrten im Monat erbracht, wenn die Leistung länger als 8 Wochen dauert. Im letzten Teilmonat besteht ein Anspruch auf eine weitere Familienheimfahrt, sofern dieser länger als 14 Tage andauert.

Liegen in einem Monat Feiertage (zum Beispiel Ostern, Weihnachten), so sollten die Familienheimfahrten so gelegt werden, dass die Rehabilitanden möglichst über die Feiertage nach Hause fahren.

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

Die für regelmäßige Familienheimfahrten geltende Höchstdauer kann um 1 bis 2 Tage überschritten werden, wenn der Leistungsberechtigte etwa 4 bis 6 Wochen vor der Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

eine Familienheimfahrt durchführt und dabei wegen der Sicherung des künftigen Arbeitsplatzes beim Arbeitgeber oder bei anderen Dienststellen vorstellig werden muss. Voraussetzung ist jedoch, dass aus der Sicht der Einrichtung die Behandlung erfolgreich war und korrekt durchgehalten wurde. In diesen Ausnahmefällen kann eine Verlängerung der Familienheimfahrt bis zu insgesamt 5 Kalendertagen einschließlich der Reisetage erfolgen, wobei die Reisedauer und die Dauer der für die Arbeitsaufnahme erforderlichen Behördenwege zu berücksichtigen sind.

Therapiebedingte Heimfahrten im Rahmen von Angehörigenseminaren und von Realitätstrainings werden grundsätzlich auf die Familienheimfahrten beziehungsweise Besuchsfahrten angerechnet.

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

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

2.3 Besuchsfahrten von Angehörigen

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

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

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

2.4 Familienheimfahrten für Grenzgänger

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

3. Therapiebedingte Fahrten

3.1 Realitätstraining

Sofern das Therapiekonzept ein Realitätstraining zulässt, darf dieses maximal 5 Arbeitstage zuzüglich 2 Reisetage nicht überschreiten. In begründeten Einzelfällen ist die Teilung des Realitätstrainings in 2 Zeiträume zu 2 und 3 Arbeitstagen zuzüglich – jeweils – 2 Reisetagen möglich.

Die hierbei anfallenden Reisekosten werden von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben entsprechend § 73 SGB IX übernommen.

Die Fahrten sind auf die Gesamtzahl der Familienheimfahrten anzurechnen.

3.2 Fahrten zur Vorstellung in einer Wohngemeinschaft

Fahrkosten im Zusammenhang mit Vorstellungsgesprächen in einer Wohngemeinschaft können übernommen werden. Die Entscheidung trifft jedoch die Deutsche Rentenversicherung Schwaben im jeweiligen Einzelfall.

Vor Durchführung der Fahrt ist daher ein formloser Antrag auf Kostenübernahme zu stellen.

Die Fahrten zur Vorstellung in einer Wohngemeinschaft werden nicht auf die Zahl der Familienheimfahrten angerechnet.

3.3 Erstattung von Reisekosten in Zusammenhang mit der Durchführung eines Angehörigenseminars

Sofern aus therapeutischen Gründen ein Angehörigenseminar (Partnerseminar, Ehegattenseminar) durchzuführen ist, werden die dem Angehörigen entstehenden Reisekosten ersetzt, ohne dass es einer Genehmigung durch den Leistungsträger bedarf.

Im Regelfall wird im Verlauf der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ein Angehörigenseminar mit einer Höchstdauer von 5 Kalendertagen einschließlich der Reisetage ausreichen. Eine Aufteilung des Seminars ist – unter Berücksichtigung der Höchstdauer – möglich. Von begründeten Fällen abgesehen sollte das Seminar so gelegt werden, dass dem Angehörigen kein Verdienstausfall entsteht.

Soweit im Pflegesatz der Entwöhnungseinrichtung die Unterkunftskosten und Verpflegungskosten der Angehörigen nicht enthalten sind, werden Verpflegungskosten und Übernachtungsgeld entsprechend § 73 SGB IX übernommen.

Ein im Therapieplan der Reha-Einrichtung vorgesehenes Angehörigenseminar ist auf die Anzahl der regulären Familienheimfahrten anzurechnen.

4. Erstattung von Fahrkosten anlässlich eines Betriebspraktikums während der Adaptionsphase

Die Phase der Adaption ist Bestandteil der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.

Die Bewilligung der Adaption durch die Deutsche Rentenversicherung Schwaben schließt auch die Zustimmung zur Durchführung von Betriebspraktika während der Adaptionsphase ein.

Sofern Versicherte im Rahmen der Adaptionsphase an einem externen Betriebspraktikum teilnehmen, können für einzelne Wochentage Fahrkosten anfallen. Die entstehenden Fahrkosten werden nicht regelhaft übernommen.

Erhält der Versicherte während des Praktikums eine Vergütung, so ist es ihm zuzumuten, die Fahrkosten von seinem Entgelt zu bestreiten.
Bei einem unentgeltlichen Praktikum werden die notwendigen Fahrkosten zwischen der Behandlungs- und der Praktikumsstätte erstattet. Mögliche Fahrpreisermäßigungen (zum Beispiel Wochenkarte) sind zu nutzen.

5. Kosten des Gepäcktransports

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

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

Nicht erstattungsfähig sind

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

6. Verpflegungskosten

Dauert die Reise

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

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

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

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

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

Ist das Frühstück Bestandteil der Übernachtungskosten, ist vom Verpflegungsgeld ein Betrag von 5,60 Euro (= 20 Prozent des Tagegeldes für 1 vollen Kalendertag) einzubehalten. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Zwischenübernachtung in einem Hotel notwendig ist und das Frühstück in den Übernachtungskosten enthalten ist.

Zu unterscheiden ist zwischen der Verpflegung als Bestandteil der Reise und der Verpflegung als Bestandteil der Leistung. Die Anreise endet mit Ankunft in der Reha-Einrichtung und die Abreise beginnt erst mit Verlassen der Reha-Einrichtung.

Mahlzeiten, die vor Beginn oder nach Ende der Reise von der Rehabilitationseinrichtung gestellt werden (zum Beispiel das Abendessen am Anreisetag beziehungsweise das Frühstück/Lunchpaket am Abreisetag) sind nicht auf das Verpflegungsgeld anzurechnen.

Stufenweise Wiedereingliederung

1. Checkliste (Formular G0833-00)

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

Diese ist zwingend bis zum Entlassungstag datenschutzgerecht per Fax, ab dem 01.09.2022 im Datenaustausch (§ 1 Abs. 3 Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung), an den zuständigen Rentenversicherungsträger und die Krankenkasse des Versicherten zu übermitteln. Eine Übermittlung nach dem Entlassungstag ist zu vermeiden, weil der Sachverhalt mit dem Versicherten nicht mehr besprochen werden kann.

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

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

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

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

Die Deutsche Rentenversicherung ist für die stufenweise Wiedereingliederung zuständig, wenn

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

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

- der Versicherte der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmt,

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

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

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

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

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

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

2.1 Arbeitsunfähigkeit und medizinische Voraussetzungen

2.1.1 Kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit

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

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

2.1.2 Medizinische Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (nicht nur bei Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch während des Zeitraums der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung),

- eine ausreichende Belastbarkeit und

- eine günstige Aussicht auf berufliche Wiedereingliederung

gegeben sein.

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

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

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

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

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

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

2.2 Unmittelbarkeit, Beginn und Ende

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

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

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

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

2.3 Dauer

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

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

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

2.4 Formulare

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

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

Derzeit gibt es nachfolgende Formulare für die stufenweise Wiedereingliederung:

G0830-00 Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für Ärzte und Sozialarbeiter der Rehabilitationseinrichtungen

G0831-00 Kriterien zur Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung für die Rehabilitationseinrichtung

G0832-00 Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für die Versicherten

G0833-00 Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung

G0834-00 Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Stufenplan)

G0835-00 Antrag auf Erstattung von Kosten für Fahrten zur Arbeitsstelle anlässlich einer stufenweisen Wiedereingliederung

G0838-00 Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für Arbeitgeber

G0840-00 Beginnmitteilung zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung zur Weiterzahlung von Übergangsgeld im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung

G0842-00 Folgebescheinigung oder Abschlussbescheinigung zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung zur Weiterzahlung von Übergangsgeld im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung

3. Hinweise zum Verfahrensablauf

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

G0832-00 (Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung)

G0833-00 in Kopie („Checkliste“)

G0834-00 in Kopie (Stufenplan)

G0838-00 (Information für Arbeitgeber)

G0840-00 (Beginnmitteilung stufenweise Wiedereingliederung)

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

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

Überführungskosten

Die Kosten der Überführung eines Verstorbenen von der Reha-Einrichtung bis zum Wohnort werden vom Rentenversicherungsträger übernommen. Hierzu gehören auch Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Überführung entstehen (beispielsweise Kosten der Einsargung sowie für die Benutzung der Kühlanlage und Kosten für 1 eventuell notwendigen Transportbegleiter). Kosten, die im Zusammenhang mit der Bestattung entstehen (zum Beispiel Aufbahrung, Sargdekoration, Kerzenschmuck) werden dagegen nicht übernommen.

Unfallversicherung

1. Rechtsgrundlagen

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

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

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

1.1 Arbeitsunfall

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

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

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

ereignet.

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

1.2 Wegeunfall

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

2. Meldung von Unfällen an die Berufsgenossenschaft

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

2.1 An welche Stelle ist die Unfallanzeige zu richten?

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

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

2.2 In welcher Form ist die Unfallanzeige zu erstellen?

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

3. Begleitpersonen

Für Begleitpersonen besteht grundsätzlich kein Unfallversicherungsschutz.

Wechsel der Zuständigkeit während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Wenn sich im Laufe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, die voraussichtlich länger als 8 Wochen andauert, herausstellt, dass die Erwerbsprognose entfallen ist, so hat ein Zuständigkeitswechsel zu erfolgen.

Die Rentenversicherungsträger und die Spitzenverbände der Krankenkassen (ausgenommen der AOK-Bundesverband) haben dazu ein Übergabeverfahren in Anlehnung an die RPK-Vereinbarung geregelt, das in der „Vereinbarung zum Zuständigkeitswechsel während einer Entwöhnungsbehandlung vom 01.09.2006“[20] festgelegt wurde.

Kenntnis von der geänderten Erwerbsprognose soll der Kostenträger durch einen Zwischenbericht der Reha-Einrichtung erlangen. Der weitere Ablauf ist in den §§ 4 und 5 der oben genannten Vereinbarung geregelt.

[20] Die Vereinbarung ist im Internet abrufbar, zum Beispiel auf der Internetseite des vdek.

Weihnachtsregelung

1. Allgemeines

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

2. Stationäre Leistungen

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

Reisekosten werden nicht übernommen.

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

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

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

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

3. Ganztägig ambulante Leistungen

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

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

4. Familienheimfahrten

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

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

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

5. Vergütungssatz

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

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

6. Planung von Aufnahmeterminen

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

Zuzahlung

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

Wesentliche Änderungen

Version 003 (Fassung vom 01.09.2024)		
Abbruch der Leistung	-	Änderung des Einsatzzeitpunkts zum Datenaustausch.
Aufnahmeanzeige	-	Änderung des Einsatzzeitpunkts zum Datenaustausch.
Entlassungsmitteilung	-	Änderung des Einsatzzeitpunkts zum Datenaustausch.
Nachsorge	-	Änderung, dass für den Vergütungssatz der Zeitpunkt der Leistungserbringung maßgebend ist.
Nichtraucherschutz	-	Durch das Bayerische Gesetz zur Begrenzung der Folgen des Cannabiskonsums vom 23.07.2024 (BayGVBl. Nr. 14/2024) wurde das Gesundheitsschutzgesetz zum 01.08.2024 geändert. Die Änderungen wurden in das Stichwort aufgenommen.
Reisekosten bei ambulanten Leistungen	-	Eingefügt wurde ein neuer Abschnitt 4.3 (Überprüfung der Kilometerangaben).
Reisekosten bei stationären Leistungen	-	Eingefügt wurde ein neuer Abschnitt 1.2.2 (Überprüfung der Kilometerangaben).
Stufenweise Wiedereingliederung	-	Ausführungen zum Datenaustausch aufgenommen.

Version 002 (Fassung vom 01.01.2024)		
Abbruch der Leistung	-	Ergänzender Hinweise aufgenommen, dass bei vorzeitiger Beendigung eine entsprechende Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht erforderlich ist.
	-	Ergänzende Ausführungen im Abschnitt „Hinweise zum Verfahrensablauf“ zur Entlassungsanzeige aufgenommen.
Ambulante Reha (berufsbegleitend)	-	Aktuelle Kostensätze ergänzt.
	-	Für die Anforderung der Vergütung für Leistungen der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wurde das Formular G0419-00 und für die Leistungsdokumentation der ambulanten Rehabi-

		litation bei Abhängigkeitserkrankungen das Formular G0420-00 ergänzt.
Aufnahme	-	Ausführungen entfernt, dass der Versicherte zu Beginn der ganztätig ambulanten Rehabilitation mit dem Formular GXA 124 seine Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung erklärt und die Folgen mangelnder Mitwirkung zur Kenntnis nimmt. Das Verfahren wurde beendet.
Aufnahmeanzeige	-	Das bis 31.12.2023 und ab 01.01.2024 geltende Verfahren wurde beschrieben.
Dauer der Leistung	-	Neue Ausführungen zur Behandlungsdauer.
	-	Neuer Abschnitt zur Verlängerung.
Entlassungsmitteilung	-	Das bis 31.12.2023 und ab 01.01.2024 geltende Verfahren wurde beschrieben.
Fehlzeiten	-	Neuer Abschnitt zu „elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) aufgenommen“.
	-	Neues Verfahren für die Meldung von Fehltagen während einer ganztätig ambulanten Rehabilitation aufgenommen.
	-	Im Abschnitt „Vergütungssatz“ wurden die Sachverhalte, die zu den entschuldigten Fehltagen zählen, aufgelistet.
Jobcenter	-	Redaktionelle Änderungen.
Nachsorge	-	Redaktionelle Änderungen.
	-	Aufnahme des aktuellen Vergütungssatzes.
	-	Ergänzende Ausführungen zur Haushaltshilfe aufgenommen.
Nichtantritt von Leistungen	-	Das geänderte Verfahren wurde aufgenommen. Bei Nichtantritt des Versicherten ist eine Rücksendung der Unterlagen nicht (mehr) erforderlich.
Reisekosten bei ganztägig ambulanten Leistungen	-	Geänderte Regelung bei Fahrradnutzung: Bei Fahrradnutzung wird bei einer Nutzung von mindestens 2 Mal innerhalb eines Monats eine Wegstreckenentschädigung in Höhe von 5,00 Euro gezahlt.
	-	Ausführungen zum Deutschlandticket aufgenommen.
	-	Ausführungen zu Reisekosten bei Streik aufgenommen.
Reisekosten bei stationären Leistungen	-	Redaktionelle Anpassungen.
	-	Ausführungen zu Reisekosten bei Streik aufgenommen.
	-	Geänderte Ausführungen zu den Familienheimfahr-

		ten. - Die Abschnitte „Beurlaubung des Versicherten über ein Wochenende innerhalb des 8-Wochenzeitraums“, „Beurlaubung aus besonderem Anlass“ und „Therapiebedingte Fahrten“ wurden entfernt. - Ergänzende Ausführungen zu Verpflegungskosten im Hinblick auf Mahlzeiten die vor Beginn oder nach Ende der Reise von der Rehabilitationseinrichtung gestellt werden.
Werks- und Betriebsärzte	-	Stichwort wurde entfernt, da das Werksarztmodell beendet wurde.

Version 001 (Fassung vom 01.03.2020)
Erstauflage der Hinweise für Rehabilitationseinrichtungen.