

## **Ambulante medizinische Rehabilitation durch die Rentenversicherung**

### **Kurzinhalt:**

**Der VDR hat am 31.05.2001 "Grundsätze und Anwendungsempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation" verabschiedet.**

Fundstelle:

**Informationen für die  
unfallversicherungsrechtliche Praxis**

**2002/1**

**9. Januar 2002**



**Bundesverband  
der Unfallkassen**

### **Sachverhalt:**

Die Gremien des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) haben am 31.05.2001 Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der gesetzlichen RV zur ambulanten medizinischen Rehabilitation verabschiedet. Sie dienen insbesondere dazu, die spezifischen Ziele und Belange der gesetzlichen RV zu konkretisieren.

Die Anwendungsempfehlungen informieren insbesondere über

- Rehabilitationsziele und -ansatz der RV,
- spezifische Anforderungen der RV und
- Zuweisungskriterien für die ambulante Rehabilitation.

Durch den umfassenden und interdisziplinären Rehabilitationsansatz unterscheiden sich die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen der RV sowohl von dem EAP-Leistungsangebot der Unfallversicherung, das vorwiegend somatische Ziele verfolgt als auch von der ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation (AOTR), dem Versorgungsangebot der Krankenkassen, dessen konzeptionelle Grundlagen 1993 unter Mitwirkung des MDK entwickelt wurden. Das im Wesentlichen aus Krankengymnastik und Physiotherapie bestehende AOTR-Behandlungskonzept bezieht sich auf ein eng umschriebenes Indikationsgebiet.

Unter Nr. 3 des Anhangs B gehen die Anwendungsempfehlungen des VDR auch kurz auf den Unfallversicherungsschutz nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 a SGB VII ein.

Die Grundsätze und Anwendungsempfehlungen sind als Anlage beigefügt.

Anlage s. S. 11-19

Fundstelle:

Mitteilungen der LVA Oberfranken und Mittelfranken/Nr. 11/2001, S. 683 ff

## Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation

vom 31. Mai 2001

### Gliederung

1	Einleitung	5	Spezifische Anforderungen der Rentenversicherung
2	Gründe für den Ausbau der ambulanten Rehabilitation	5.1	Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining
		5.2	Arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen
3	Rehabilitationsziele und Rehabilitationsansatz der Rentenversicherung	5.3	Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
		5.4	Anforderungen an ambulante Rehabilitationseinrichtungen
3.1	Rehabilitationsziele und persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung	6	Zuweisungskriterien für die ambulante Rehabilitation
3.2	Rehabilitationsansatz	7	Flexibilisierung
4	Begriffliche Erläuterungen und Abgrenzungsfragen	8	Kooperation zwischen den Reha-Trägern
4.1	Der Begriff „Ambulante Rehabilitation“	9	Perspektiven der Weiterentwicklung
4.2	Ambulante Rehabilitation und kurative medizinische Versorgung		Anhang A: Forschungsstand
4.3	Ambulante Rehabilitation und Nachsorge		Anhang B: Leistungsrechtliche Aspekte

### 1 Einleitung

Bisher wurden medizinische Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsträger überwiegend stationär erbracht. In den letzten zehn Jahren hat sich jedoch die Diskussion um den Ausbau eines flexiblen Versorgungssystems verstärkt. Dabei hat 1992 die Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) den Ausbau eines flexiblen Systems mit aufeinander abgestimmten ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitationsleistungen empfohlen. Für die Erprobung der nicht-stationären Rehabilitation wurden im Februar 1995 die „Anforderungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Erprobungsmodelle ambulanter/teilstationärer Rehabilitation“ formuliert. Parallel hierzu wur-

de 1995 auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter Mitwirkung der Rentenversicherung erstmals ein trägerübergreifendes Rahmenkonzept für die ambulante Rehabilitation entwickelt.

Mittlerweile liegen vielfältige Erfahrungen und wissenschaftliche Ergebnisse aus zahlreichen Erprobungsmodellen vor. Zugleich erfordern die Spargesetze mit ihrem gedeckelten Budget bei gleichzeitiger Zunahme des Bedarfs und des Antragsvolumens eine weitere Flexibilisierung der Rehabilitation. Dabei ist es wichtig, dass die Rehabilitationsträger ihre Bemühungen zusammenführen und keine Doppelstrukturen und unausgelasteten Kapazitäten in der ambulanten Rehabilitation schaffen. Deshalb haben die Spitzenverbände der Krankenkassen

und der Rentenversicherungsträger in einer gemeinsamen Erklärung vom 18. Mai 2000<sup>1)</sup> vereinbart, beim Ausbau der ambulanten Rehabilitation zusammenzuarbeiten. Die konzeptionell-inhaltliche Grundlage für den koordinierten Ausbau sollen die „Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vom 20. Oktober 2000 einschließlich ihrer indikationsspezifischen Konzepte darstellen.

Die hier formulierten Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der Rentenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation dienen dazu, die spezifischen Ziele und Belange der Rentenversicherung zu konkretisieren. Nach einer Darlegung der Gründe für den Ausbau der ambulanten Rehabilitation (Kapitel 2) werden die Rehabilitationsziele und der Rehabilitationsansatz der Rentenversicherung dargestellt (Kapitel 3). Im Kapitel 4 werden begriffliche Erläuterungen und Abgrenzungsfragen behandelt. Das Kapitel 5 umfasst spezifische Anforderungen der Rentenversicherung. Im Kapitel 6 werden Zuweisungskriterien für die ambulante Rehabilitation angegeben. Darauf folgen Ausführungen zur Flexibilisierung (Kapitel 7), zur Kooperation zwischen den Reha-Trägern (Kapitel 8) und zu Perspektiven der Weiterentwicklung (Kapitel 9). Im Anhang A wird der derzeitige Forschungsstand zusammenfassend dargestellt. Der Anhang B umfasst leistungsrechtliche Aspekte.

## 2 Gründe für den Ausbau der ambulanten Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation stellt einen wichtigen Aspekt der Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation dar. Im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung können bei der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation bestimmte Erfordernisse des Einzelfalls verstärkt berücksichtigt werden. So kann ein stärkerer Einbezug des familiären und beruflichen Umfelds in den Rehabilitationsprozess sowie eine direktere Vernetzung mit dem akutmedizinischen Versorgungsbereich (z. B. Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Ärzten) erfolgen. Zur Umsetzung dieser Vorteile ist es wichtig, dass die ambulanten Einrichtungen entsprechende Maßnahmen (z. B. arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen, Angehörigenberatung) durchführen. Durch ein ambulantes Rehabilitationsangebot kann dem unterschiedlichen Bedarf verschiedener Patientengruppen (z. B. aufgrund unterschiedlicher Schwere der Erkrankung) flexibler entsprochen werden. Die ambulante Rehabilitation bietet außerdem die Möglichkeit Personengruppen in die Rehabilitation einzubeziehen, die aus verschiedenen Gründen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in Anspruch nehmen.

1) Vgl. „Gemeinsame Erklärung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger über eine Zusammenarbeit beim bedarfsgerechten Ausbau der ambulanten medizinischen Rehabilitation“ (18. Mai 2000)

Durch die Änderung des § 40 Abs. 4 SGB V im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 ist die gesetzliche Krankenversicherung seit dem 1. Januar 2000 auch für ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen nur nachrangig zuständig. Im Rahmen des SGB IX wurde ein Vorrang von ambulanten Leistungen gegenüber stationären für alle Rehabilitationsträger festgeschrieben. Entsprechend der Gesetzesbegründung liegt allerdings keine strikte formale Festlegung eines Grundsatzes „ambulant vor stationär“ vor. Da ein solcher Grundsatz für die Verwirklichung einer erfolgreichen Rehabilitation im Einzelfall zu unflexibel ist, sollen bei der Entscheidung über die Form der Rehabilitation alle Umstände des Einzelfalls und die Interessen bzw. Wünsche der Betroffenen berücksichtigt werden.

## 3 Rehabilitationsziele und Rehabilitationsansatz der Rentenversicherung

### 3.1 Rehabilitationsziele und persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die ambulante medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung zielt – wie die stationäre Form – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag des § 9 SGB VI darauf,

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Eine nachhaltige Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben setzt voraus, dass der Rehabilitand auch seine alltäglichen Aufgaben im familiären und sozialen Bereich wahrnehmen kann. Dementsprechend besteht eine wesentliche Zielsetzung der Rehabilitation darin, die Betroffenen zu befähigen, mit ihrer Krankheit adäquat umzugehen und trotz Behinderung bzw. gesundheitlicher Einschränkungen vor allem ihre Rolle im Beruf sowie ihre Rollen in Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben.

Die „persönlichen Voraussetzungen“ für Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung sind in § 10 SGB VI formuliert. Demnach erfüllen Versicherte die persönlichen Voraussetzungen,

- deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
- bei denen voraussichtlich
  - bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch medi-

zinische oder berufsfördernde Leistungen abgewendet werden kann,

- bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch medizinische oder berufsfördernde Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
  - bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch berufsfördernde Leistungen erhalten werden kann.
- Für Leistungen zur Rehabilitation haben auch Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,
    - die im Bergbau vermindert berufsfähig sind und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder
    - bei denen der Eintritt von im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit droht und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen der Eintritt der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit abgewendet werden kann.

Entsprechend den Ausführungen der §§ 9 und 10 SGB VI liegt eine Rehabilitationsbedürftigkeit im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung dann vor, wenn als Folge einer Krankheit oder Behinderung die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Dabei kommen Rehabilitationsleistungen nur in Betracht, wenn durch diese, das Rehabilitationsziel des Erhalts oder der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erreicht werden kann (positive Rehabilitationsprognose).

### 3.2 Rehabilitationsansatz

Für die Erreichung der unter 3.1 genannten Ziele ist ein umfassender Rehabilitationsansatz erforderlich. Dazu gehört die Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen der Erkrankung und ihrer Folgen, einschließlich ihres Zusammenwirkens. Dementsprechend basiert die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung auf einem biopsychosozialen Modell von Krankheit und Behinderung, das Gesundheit und Krankheit als ineinandergreifende physiologische, psychische und sozialer Vorgänge beschreibt. Dies entspricht den Prinzipien der Ganzheitlichkeit, Interdisziplinarität und Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam. Neben den funktions- und organbezogenen Störungen sind besonders Probleme im Zusammenhang mit den Risikofaktoren, der Krankheitsbewältigung, den psychosozialen Belastungen und der Multimorbidität sowie Fragen der beruflichen (Re-)Integration im Rehabilitationskonzept zu berücksichtigen.

Das BAR-Rahmenkonzept zur ambulanten Rehabilitation ist ebenfalls an einem ganzheitlichen und interdisziplinären Rehabilitationsansatz ausgerichtet. Der allgemeine Teil und die indikationsspezifischen Konzepte der BAR-Rahmenempfehlungen einschließlich der darin formulierten Anforderungen an die personelle Ausstattung können aus Sicht der Rentenversicherung als eine konzeptionelle Grundlage für den Ausbau der ambulanten Rehabilitation dienen.<sup>2)</sup>

## 4 Begriffliche Erläuterungen und Abgrenzungsfragen

### 4.1 Der Begriff „Ambulante Rehabilitation“

In den „Anforderungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Erprobungsmodelle ambulanter/teilstationärer Rehabilitation“ vom 13. Februar 1995 wurde zur Bezeichnung der nichtstationären Rehabilitation die Begriffskombination „ambulante/teilstationäre Rehabilitation“ verwandt, da eine strikte Unterscheidung zwischen ambulanter und teilstationärer Rehabilitation aus medizinisch-fachlichen Gründen und damit eine eindeutige fachliche Abgrenzung nicht möglich war. Zudem wurden als Argument für eine Differenzierung die – zum damaligen Zeitpunkt bestehenden – unterschiedlichen Rechtsfolgen hinsichtlich des Übergangsgeldes angesehen.

Aufgrund der zwischenzeitlichen rechtlichen und konzeptionellen Entwicklung wird der Begriff „ambulante Rehabilitation“ nunmehr zur Bezeichnung der umfassenden nicht-stationären Rehabilitation verwandt.<sup>3)</sup> Eine ganztägige ambulante Rehabilitation ersetzt den bisherigen Begriff „teilstationäre Rehabilitation“.

2) Diesbezüglich ist anzumerken, dass die ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation (AOTR) nicht in die BAR-Rahmenempfehlungen einbezogen wurde, da der AOTR in ihrer derzeitigen Konzeption kein umfassender Rehabilitationsansatz zugrunde liegt und sie bezogen auf ihre primäre Zielsetzung eine Fortsetzung der akutmedizinischen Behandlung darstellt.

3) 1. Durch die Änderung des § 20 Abs. 1 SGB VI besteht seit 1. Januar 1997 auch bei ambulanter Rehabilitation grundsätzlich ein Anspruch auf Übergangsgeld. 2. Entsprechend der mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vorgenommenen Neufassung des § 40 Abs. 1 SGB V, können – für den Fall, dass die ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht – ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen erbracht werden. Durch die Neufassung des § 40 Abs. 4 SGB V ist die gesetzliche Krankenversicherung nicht nur für stationäre, sondern auch für ambulante Rehabilitationsleistungen nachrangig zuständig. 3. Das Bundessozialgericht vertritt in einem Urteil vom 5. Juli 2000 die Auffassung, dass die gesetzliche Neuregelung des § 40 SGB V klargestellt habe, dass teilstationäre Reha-Leistungen nicht als besondere Form der stationären Behandlung, sondern als ambulante Rehabilitation einzuordnen sind (vgl. BSG 05.07.2000 – B 3 KR 12/99 R). Auch das Bundesarbeitsgericht nimmt eine sehr enge Auslegung des Begriffs „stationär“ vor (vgl. BAG 19.01.2000 – AZR 685/98). 4. Auf der konzeptionellen Ebene ist der Trend zu verzeichnen, den Begriff „ambulante Rehabilitation“ im Sinne einer umfassenden Rehabilitation zu definieren und teilstationäre Leistungen darunter zu subsumieren. Ein Beispiel hierfür sind die überarbeiteten BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation.

#### 4.2 Ambulante Rehabilitation und kurative medizinische Versorgung<sup>4)</sup>

Durch den Wandel des Krankheitsspektrums, der zu einem Überwiegen chronischer Erkrankungen geführt hat, wurde der Bereich der medizinischen Rehabilitation immer wichtiger. Dabei zeichnet sich die medizinische Rehabilitation – sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Form – durch ihre spezifische Zielsetzung und besondere konzeptionelle Anforderungen aus (vgl. Abschnitte 3.1 und 3.2).

Entscheidend für die Abgrenzung zwischen medizinischer Rehabilitation und kurativer medizinischer Versorgung sind hauptsächlich die jeweiligen Behandlungsziele: Während der akutmedizinische Ansatz primär auf die Behandlung der Erkrankung selbst und die Behebung der gesundheitlichen Schädigung ausgerichtet ist, liegt der Schwerpunkt in der medizinischen Rehabilitation auf der Verbesserung, Erhaltung und bestmöglichen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des Menschen in Alltag und Berufsleben. Darüber hinaus bestehen aufgrund der konzeptionellen Anforderungen an die medizinische Rehabilitation Unterschiede in der spezifischen Diagnostik und in der Therapie. Dabei ist aus medizinischer Sicht eine strikte Trennung von kurativer Medizin, und medizinischer Rehabilitation nicht möglich, da die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen beider Versorgungsbereiche zum Teil übereinstimmen. Da die medizinische Rehabilitation auch die Therapie von gesundheitlichen Schädigungen und in ihrer Folge die gezielte Verbesserung beeinträchtigter Funktionen und Fähigkeiten umfasst, sind Methoden und Verfahren der kurativen Medizin auch ein integraler Bestandteil des rehabilitativen Gesamtkonzepts.

Die spezifische Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung erfordert in jedem Fall einen multi-modalen Behandlungsansatz. Im Sinne eines problemorientierten Vorgehens richten sich die jeweils erforderlichen Behandlungselemente der verschiedenen Leistungsbereiche (z. B. ärztlicher Leistungsbereich, Physiotherapie, Ergotherapie, psychologische Interventionen, arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen) nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf. Singuläre Leistungen stellen keine selbstständige Leistung der medizinischen Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung dar und können allenfalls im Rahmen der Nachsorge erbracht werden (vgl. Abschnitt 4.3).

Aufgrund der dargestellten besonderen Merkmale der medizinischen Rehabilitation kann die ambulante medizinische Rehabilitation nicht in ambulanten akutmedizinischen Einrichtungen (z. B. Arztpraxen, Krankenhaus-Ambulanz) erbracht werden, da hier die rehabilitations-spezifischen Erfordernisse (z. B. umfassender Rehabilita-

tionsansatz einschließlich psychosozialer und berufsbezogener Komponenten, interdisziplinäres Rehabilitationsteam, sozialmedizinisches Fachwissen) nicht erfüllt werden.

#### 4.3 Ambulante Rehabilitation und Nachsorge

Um Missverständnissen vorzubeugen wird die ambulante Rehabilitation von ambulanten Nachsorgeleistungen begrifflich abgegrenzt.<sup>5)</sup> Dabei wird der Begriff „ambulante Rehabilitation“ nur für nicht-stationäre Leistungen verwandt, die eine selbstständige Leistung oder einen Teil einer selbstständigen Leistung (Kombination: stationäre/ ambulante Rehabilitation) darstellen und quasi anstelle oder als Fortführung einer stationären Maßnahme durchgeführt werden. Als Nachsorge werden solche Leistungen bezeichnet die zur vollständigen Erreichung des Rehabilitationsziels oder zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs dienen, wobei die Leistungen einen zeitlichen Bezug zu einer vorausgehenden (stationären oder ambulanten) Reha-Leistung aufweisen müssen.<sup>6)</sup> Die Fortführung einer stationären Rehabilitation in ambulanter Form lässt sich von einer Leistung der ambulanten Nachsorge dadurch abgrenzen, dass bei einer ambulanten Rehabilitation das Rehabilitationsziel noch nicht weitgehend erreicht ist und für das Erreichen des Rehabilitationsziels ein umfassender Rehabilitationsansatz und eine dementsprechend hohe Therapiedichte weiterhin erforderlich sind. Hingegen sind bei Leistungen der Nachsorge Einzelleistungen oder eine Kombination von wenigen Einzelleistungen ausreichend.

Ebenso wie von der Nachsorge ist die ambulante Rehabilitation von der Rehabilitationsvorbereitung abzugrenzen. Aufgabe der Rehabilitationsvorbereitung ist es, im Vorfeld einer Rehabilitationsleistung deren Erfolgsaussicht zu fördern. Die Rehabilitationsvorbereitung umfasst u. a. Information über den Ablauf der Rehabilitation sowie Leistungen zur Steigerung der Motivation.

### 5 Spezifische Anforderungen der Rentenversicherung

In den folgenden Abschnitten werden aus Sicht der Rentenversicherung die Anforderungen hinsichtlich der – auch für die ambulante Rehabilitation erforderlichen – Bereiche „Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining“ (Abschnitt 5. 1), „Arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen“ (Abschnitt 5.2) sowie „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung“ (Abschnitt 5.3) konkretisiert. Hierfür müssen auf Seiten der Leistungserbringer die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus werden im Abschnitt 5.4 Anforderungen an ambulante Rehabilitationseinrichtungen aufgeführt, die sich u. a. auf die

4) Das „Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ vom Oktober 1996 umfasst Ausführungen zur Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation von der kurativen medizinischen Versorgung. Diese gelten gleichermaßen für die Abgrenzung der ambulanten Rehabilitation.

5) Nachsorgeleistungen werden derzeit i. d. R. ambulant durchgeführt; es darf aber nicht übersehen werden, dass es auch Konzepte der stationären Nachsorge gibt.

6) Vgl. „Rahmenkonzept zur Nachsorge“ der gesetzlichen Rentenversicherung, das derzeit ausgearbeitet wird.

räumliche und organisatorische Umsetzung der ambulanten Rehabilitation beziehen.

### 5.1 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining

In der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Gesundheitsbildung einschließlich des Gesundheitstrainings eine wichtige Säule des ganzheitlich und in interdisziplinär ausgerichteten Rehabilitationskonzepts. Neben Diagnostik und Therapie stellt sie ein gleichrangiges Behandlungsmodul für alle Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation dar mit dem Ziel, die Lebensqualität und die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden durch die Reduktion gesundheitsbezogener Risikoverhaltensweisen, die Stärkung individueller und sozialer Schutzfaktoren sowie die Vermittlung von Kompetenzen der Krankheitsbewältigung zu verbessern. Mit der Orientierung der medizinischen Rehabilitation auf eine umfassende gesundheitsförderliche Lebensweise wird angestrebt, die Rehabilitationswirkung über die Dauer der Maßnahme hinaus zu stabilisieren, wodurch mittel- und langfristig Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden können.

Die Förderung eines angemessenen Gesundheitsverhaltens ist eine Aufgabe, die in allen therapeutischen Bereichen anzustreben ist. Die Gesundheitsbildung und das Gesundheitstraining müssen daher in das therapeutische Gesamtkonzept der Rehabilitationseinrichtung integriert sein und in ihrer Zielsetzung vom gesamten therapeutischen Team getragen werden. In die Durchführung sind deshalb möglichst viele Mitglieder des therapeutischen Teams einzubeziehen, wobei der Mitwirkung der ärztlichen Leitung eine wichtige Bedeutung zukommt. Die Ausrichtung an einem rehabilitativen Gesamtkonzept erfordert eine Verzahnung und Integration von allgemeiner und krankheitsspezifischer Gesundheitsbildung mit den weiteren therapeutischen Maßnahmen. Dabei sind möglichst viele Angebote vorzusehen, die eine aktive Beteiligung der Rehabilitanden fördern. Für eine effektive Ausgestaltung der allgemeinen Gesundheitsbildung wurde von der gesetzlichen Rentenversicherung ein umfassendes Konzept „Aktiv Gesundheit fördern“<sup>7)</sup> erarbeitet.

### 5.2 Arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen

Der Bezug zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erfordert eine umfassende Berücksichtigung der Schädigungen und drohenden oder bereits vorliegenden Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen im Rahmen des Rehabilitationsprozesses. Überdies müssen die relevanten Kontextfaktoren und Risikofaktoren erfasst und einbezogen werden. Dabei ist im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation, auch der Bedarf an arbeits- und berufsbezogenen Maßnahmen zu prüfen. Im Rahmen der allgemeinen Zielsetzung, die Leistungsfähigkeit

im Erwerbsleben zu erhalten oder wiederherzustellen, soll besonders das Ziel verfolgt werden, einen vorhandenen Arbeitsplatz zu erhalten. Bei Erfordernis sollen gezielt arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen durchgeführt werden. Zu den arbeits- und berufsbezogenen Maßnahmen im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation zählen insbesondere:

- Arbeitsplatzanalyse und -beratung (gegebenenfalls Begehung vor Ort)
- Arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik
- Berufsspezifische Belastungserprobung und gegebenenfalls Arbeitstherapie
- Arbeits- bzw. arbeitsplatzbezogene Trainingstherapie (z. B. „Work-hardening“)
- Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen (z. B. Tätigkeitsfeld, Schichtarbeit, Pausen)
- Kontaktaufnahme mit dem beruflichen Umfeld<sup>8)</sup> (z. B. Arbeitgeber, Betriebsarzt) z. B. zur Einleitung und Unterstützung einer Arbeitsplatzanpassung oder betrieblichen Umsetzung.

Dazu gehört eine enge Kooperation mit dem Reha-Fachberater des Rentenversicherungsträgers, insbesondere wenn berufsfördernde Leistungen in Betracht zu ziehen sind.

Darüber hinaus können im Rahmen des Einheitlichen Reha-Entlassungsberichts der Rentenversicherung – neben Maßnahmen, die der Sicherung und Verstetigung des Rehabilitationserfolgs dienen, wie z. B. Rehabilitationssport und spezielle Nachsorge – auch berufsbezogene Maßnahmen angeregt werden:

- Stufenweise Wiedereingliederung
- Überprüfung bzw. Einleitung von berufsfördernden Leistungen

### 5.3 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Einen weiteren wichtigen Aspekt der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung stellt die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben dar. Hierfür ist eine entsprechende sozialmedizinische Kompetenz und Erfahrung des Arztes erforderlich (vgl. BAR-Rahmenempfehlungen, Allgemeiner Teil, Abschnitt 9.5). Die klassische medizinische Anamnese wird in der Sozialmedizin um Fragestellungen zur beruflichen und privaten Situation, Belastung und Unterstützung im persönlichen und beruflichen Umfeld, Art der Krankheitsverarbeitung, des Lebensstils einschließlich Risikokonstellation und Motivation zur Lebensstilveränderung und allgemeine Fragen zur sozialen Sicherung ergänzt. Für die Leistungsbeurteilung sind Angaben zum Berufsleben, zur aktuellen Arbeitsplatzsituation und eine

7) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000). Aktiv Gesundheit fördern – Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation. Stuttgart: Schattauer Verlag.

8) Diesbezügliche Belange des Datenschutzes (z. B. Einwilligung des Rehabilitanden) sind zu berücksichtigen.

möglichst detaillierte Tätigkeitsbeschreibung erforderlich. Aus den vorliegenden Befunden einschließlich der Abschlussuntersuchung, dem Ergebnis des Rehabilitationsverlaufs und den Informationen der Arbeits- und Sozialanamnese erstellt der Arzt in der Epikrise des Entlassungsberichts eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Daneben ist die Dokumentation der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im entsprechenden Formblatt des Einheitlichen Reha-Entlassungsberichts erforderlich. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bildet zusammen mit den Vorschlägen für nachfolgende Maßnahmen die Grundlage für die Entscheidungen des Rentenversicherungsträgers über weitere Leistungen.

#### 5.4 Anforderungen an ambulante Rehabilitationseinrichtungen

Um den umfassenden und interdisziplinären Rehabilitationsansatz durch ein eng kooperierendes Rehabilitationsteam umsetzen zu können, müssen die Behandlungsmaßnahmen und sonstigen Leistungen der ambulanten Rehabilitation in der Regel in einer Einrichtung durchgeführt werden (Prinzip der „Einheit des Ortes“). Ausnahmen können z. B. für bestimmte diagnostische Maßnahmen sinnvoll sein, die seltener veranlasst werden müssen. Für den Fall, dass in einer Einrichtung unterschiedliche Leistungsbereiche erbracht werden (z. B. neben ambulanter Rehabilitation auch vertragsärztliche Leistungen), muss für den Bereich der ambulanten Rehabilitation eine räumliche und organisatorische Trennung von den übrigen Leistungsbereichen gegeben sein. Bei der räumlichen und organisatorischen Ausgestaltung der ambulanten Rehabilitation ist auf eine sinnvolle Zuordnung der Funktionsräume, Überschaubarkeit für den Rehabilitanden sowie eine insgesamt reha-motivationsförderliche Atmosphäre zu achten.

Das Rehabilitationsteam der ambulanten Rehabilitationseinrichtung bilden festangestellte Mitarbeiter (Voll- und gegebenenfalls Teilzeitkräfte) mit entsprechendem Arbeitsvertrag. Falls konsiliarische Leistungen aufgrund des Rehabilitationskonzeptes erforderlich sind, müssen auch Verträge mit Konsiliarkräften abgeschlossen werden. Um eine abgestimmte Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam sicherzustellen, muss die Reha-Einrichtung interne Vernetzungsstrukturen aufweisen. Hierzu zählen beispielsweise regelmäßige Teambesprechungen, Einsatz von Berichts- und Dokumentationssystemen und interdisziplinäre Fortbildung.

### 6 Zuweisungskriterien für die ambulante Rehabilitation

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation über die zur Inanspruchnahme erforderliche Mobilität verfügen und die ambulante Reha-Einrichtung in einer zumutbaren

Fahrzeit (s. u.) erreichen können. Überdies muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein (vgl. BAR-Rahmenempfehlungen, Allgemeiner Teil, Kapitel 4). In der Regel sollte der Rehabilitand in der Lage sein, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

Daneben sind bei der Indikationsstellung die allgemeinen Ausschlusskriterien für eine ambulante Rehabilitation der BAR-Rahmenempfehlungen (Allgemeiner Teil, Kapitel 8) zu berücksichtigen:

- eine kurative Behandlung einschließlich Heil- und Hilfsmittelversorgung reicht aus
- eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik ist notwendig wegen
  - der Art oder des Ausmaßes der Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können
  - stark ausgeprägter Multimorbidität, die unterschiedliche Indikationen betrifft und durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden kann
  - mangelnder psychischer Belastbarkeit
  - der Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung
  - der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

Darüber hinaus sind die indikationsspezifischen Ausschlusskriterien der entsprechenden Konzepte der BAR-Rahmenempfehlungen zu beachten (vgl. Besonderer Teil, jeweils Kapitel 5).

Im Sinne von positiven Zuweisungskriterien zur ambulanten Rehabilitation können folgende Entscheidungshilfen genannt werden:<sup>9)</sup>

Notwendigkeit zur

- Nutzung eines gesundheitsförderlichen häuslichen Umfelds (Familie) zum Erreichen des Reha-Ziels\*
- Einbeziehung von Angehörigen in Schulungsprogramme (z. B. Ernährung, Behandlungspflege)\*
- Wahrnehmung von nicht delegierbaren häuslichen Pflichten (z. B. Kinderbetreuung)
- Fortführung bereits laufender Hilfsangebote (z. B. Selbsthilfegruppen) und gezielte Initiierung von Nachsorgeaktivitäten\*
- Belastungserprobung im häuslichen Bereich, alltagsnahes Training (z. B. auch Konfliktlösung) und Berücksichtigung im Reha-Prozess

9) Die mit \* gekennzeichneten Aspekte gelten – gegebenenfalls mit graduellen Abstufungen – auch für die stationäre wohnortnahe Rehabilitation.

- persönlichen Kontaktaufnahme mit dem Betrieb, Einbeziehung von Betriebsarzt und betrieblichem Sozialdienst, Belastungserprobung am Arbeitsplatz während der Rehabilitation, Kontaktaufnahme zum regionalen Arbeitsamt während der Rehabilitation, Vernetzung mit spezifischen berufsfördernden Leistungen\*
- speziellen Einbindung der behandelnden Ärzte in die Reha-Kette\*.

Ergänzend ist festzustellen, dass das Kriterium „zumutbare Fahrzeit“ nicht zu weit ausgelegt werden sollte, da die wissenschaftliche Begleitforschung darauf hinweist, dass sich eine belastende Anreise ungünstig auf das Reha-Ergebnis auswirkt. In der Regel sollte eine einfache Wegezeit von 45 Minuten nicht überschritten werden.

Aufgrund des wissenschaftlichen Ergebnisses, dass sich eine Zuweisung zu einer Rehabilitationsform entgegen dem Wunsch des Rehabilitanden nachteilig auf den Rehabilitationserfolg auswirken kann, ist zu empfehlen, dass die Akzeptanz des Versicherten mit in die differentielle Indikationsstellung einbezogen wird. Diese Berücksichtigung entspricht den Vorgaben des § 33 SGB I, wonach bei der Entscheidung über Rehabilitationsleistungen und bei deren Ausführung den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen werden soll. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Rentenversicherungsträger entsprechend dem § 13 Abs. 1 SGB VI bei der Entscheidung über die Ausgestaltung von Rehabilitationsleistungen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachten müssen.

## 7 Flexibilisierung

Die ambulante Rehabilitation wird in der Regel ganztägig durchgeführt. Dabei ist eine Therapiezeit von täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden an fünf bis sechs Tagen in der Woche einzuhalten (vgl. BAR-Rahmenempfehlungen, Besonderer Teil, jeweils Kapitel 4). Im Sinne einer Flexibilisierung sollte die ambulante Rehabilitation in geeigneten Fällen mit einer reduzierten oder abgestuften täglichen Dauer<sup>10)</sup> durchgeführt werden können, z. B. zu Ende der Rehabilitationsmaßnahme im Sinne eines Ausschleichens oder bei berufsbegleitenden Maßnahmen (z. B. bei arbeitsfähigen Teilzeitbeschäftigten).

Bei der sogenannten „Intervallbehandlung“ wird die Rehabilitationsmaßnahme auf mehrere Behandlungsabschnitte verteilt, die von therapiefreien Phasen unterbrochen werden, wobei jeweils kein neues Antragsverfahren notwendig ist. Bei der Intervallbehandlung können auch verschiedene Rehabilitationsformen (stationär und ambulant) kombiniert werden. Solche Modelle bieten sich in Einzelfällen beispielsweise für bestimmte neurologische und orthopädische Erkrankungen an.

<sup>10)</sup> Die Kostensätze müssten dementsprechend angepasst werden.

## 8 Kooperation zwischen den Reha-Trägern

Die Rehabilitationsträger sollten entsprechend der „Gemeinsamen Erklärung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger über eine Zusammenarbeit beim bedarfsgerechten Ausbau der ambulanten medizinischen Rehabilitation“ vom 18. Mai 2000 regional beim Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen eng zusammenarbeiten. Sie sollten die Qualitätsanforderungen der BAR-Rahmenempfehlungen einschließlich der indikationsspezifischen Konzepte nach einheitlichen Verfahrensregeln und nach inhaltlich abgestimmten Kriterien umsetzen. Dabei sollten die Reha-Träger auch ein gemeinsames Vorgehen für die Prüfung der Eignung von ambulanten Einrichtungen und identische Vergütungssätze vereinbaren.

## 9 Perspektiven der Weiterentwicklung

Für die Durchführung der ambulanten Rehabilitation kommen in erster Linie stationäre Rehabilitationseinrichtungen und ambulante Rehabilitationszentren in Betracht. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und aufgrund konzeptioneller Aspekte (z. B. Behandlung in Gruppen) ist für die Umsetzung der indikationsspezifischen Vorgaben der ambulanten Rehabilitation eine relativ hohe Mindestanzahl von Rehabilitanden erforderlich (die indikationsspezifischen Konzepte der BAR-Rahmenempfehlungen gehen als Orientierungsgröße von 40 Rehabilitanden pro Tag aus). Deshalb bietet sich der Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen insbesondere in Ballungsgebieten/Verdichtungsräumen an. Allerdings sollten auch für andere Gebiete flexible Angebote und neue Organisationsformen entwickelt werden.

Ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation liegt aus Sicht der Rentenversicherung in der konsequenten Nutzung der Möglichkeit der Einbeziehung des psychosozialen und insbesondere des beruflichen Umfelds. Daneben stellt die Flexibilisierung von Rehabilitationsmaßnahmen ein Entwicklungsfeld dar. Dabei sollten auch berufsbegleitende Rehabilitationsleistungen hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz überprüft werden. Überdies ist es sinnvoll, dass die wohnortnahen ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auch verstärkt in Projekte der Nachsorge einbezogen werden (vgl. Rahmenkonzept zur Nachsorge).

Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung wurde ursprünglich für stationäre Rehabilitationseinrichtungen entwickelt. Aufgrund der Zunahme ambulanter Rehabilitationsleistungen sollen die Qualitätssicherungsinstrumente für ambulante Rehabilitationseinrichtungen adaptiert werden. Eine Voraussetzung für die Belegung von Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation durch die Rentenversicherung ist die Teilnahme an den geforderten qualitätssichernden Maßnahmen.

## Anhang A:

### Forschungsstand

#### 1 Vergleichende Evaluation

Zur Überprüfung der mit der ambulanten Rehabilitation verbundenen Fragestellungen wurden mehrere Erprobungsmodelle mit wissenschaftlicher Begleitung durchgeführt.<sup>1)</sup> Aufgrund der Ergebnisse der bisher abgeschlossenen Studien lassen sich zusammenfassend folgende Trends erkennen:

- Wird ambulant ein Behandlungsangebot auf der Basis eines umfassenden Rehabilitationsansatzes realisiert, können bei der ambulanten im Vergleich zur stationären Rehabilitation vergleichbare Rehabilitationsergebnisse erzielt werden. Das heißt, dass bei vergleichbarem (umfassendem) Behandlungsangebot das Rehabilitationsergebnis nicht von der Rehabilitationsform abhängt.
- Insgesamt betrachtet ist die Patientenzufriedenheit für beide Versorgungssettings hoch. Auch hier konnten keine relevanten Unterschiede festgestellt werden.
- Die ambulante Rehabilitation fällt bezogen auf die direkten Fallkosten (Tagespflegesatz und Fahrtkosten) häufig günstiger aus als die stationäre Form.

Bezogen auf die obigen Aussagen müssen folgende Einschränkungen berücksichtigt werden:

- Die zugrundeliegenden Studien beziehen sich weitgehend auf die Indikationsbereiche Orthopädie/Rheumatologie und Kardiologie. Daher können die Ergebnisse auch nur für diese Bereiche verallgemeinert werden.
- In den Studien wurden für die ambulante Rehabilitation zahlreiche Ausschlusskriterien formuliert.<sup>2)</sup> Neben den üblichen Ausschlusskriterien (stark ausgeprägte Multimorbidität; mangelnde psycho-physische Belastbarkeit für eine nicht-stationäre Maßnahme; häusliche Versorgung nicht sichergestellt; indikationsspezifische medizinische Kriterien) wurden in einigen Studien Rentenantragsteller/Rehabilitanden mit laufendem Rentenverfahren ausgeschlossen. In den meisten Studien war die Zustimmung des Patienten für die Zuweisung zur ambulanten Rehabilitation erforderlich. Dementsprechend können die Aussagen nur für Patientengruppen gelten, die diese Ausschlusskriterien nicht aufweisen.

1) Erste Forschungsergebnisse sind im 1. Supplement-Band 1999 „Die Rehabilitation“ dokumentiert.

2) Für den Vergleich mit der stationären Rehabilitation wurden in den Evaluationsstudien entsprechende stationäre Rehabilitanden ausgewählt. Dabei konnte in den meisten Studien eine weitgehende Vergleichbarkeit der Stichproben realisiert werden.

Aufgrund der positiven Ergebnisse der Modellerprobung wurden mittlerweile zahlreiche Angebote in die Regelversorgung übernommen.

#### 2 Ergebnisse zur Akzeptanz

Hinsichtlich der Akzeptanz der verschiedenen Rehabilitationsformen hat sich gezeigt, dass die Akzeptanz der stationären Rehabilitation derzeit generell höher ausgeprägt ist als die der ambulanten Form. Dabei hängt die Akzeptanz wesentlich von der Vorerfahrung der Befragten hinsichtlich der Rehabilitationsform ab. Stationäre und ambulante Rehabilitanden äußern jeweils mehrheitlich eine Präferenz für die jeweils durchgeführte Form der Maßnahme, wobei diese Mehrheit bei der stationären Form deutlich höher ausfällt. Darüber hinaus liegen Hinweise darauf vor, dass Frauen und ältere Rehabilitanden die stationäre Form vergleichsweise stärker bevorzugen.

#### 3 Bedarfsschätzungen

Für die Ermittlung des Bedarfs an ambulanter Rehabilitation liegen bisher keine objektiven Kriterien vor. In den vorliegenden Untersuchungen wurde versucht, durch die Befragung von Experten und von Versicherten eine Einschätzung des Bedarfs vorzunehmen. Dabei ergab sich eine große Schwankungsbreite der Bedarfsschätzungen mit einem Schwerpunkt bei 20 Prozent. Die Unsicherheit der Bedarfsschätzungen hängt auch direkt mit bislang unzureichend geklärten Fragen hinsichtlich der differentiellen Indikation zusammen. Wird die Akzeptanz der Versicherten in die Bedarfsschätzung einbezogen, so resultiert ein deutlich geringerer Anteil an rehabilitationsbedürftigen Versicherten mit einem Bedarf an ambulanter Rehabilitation als bei alleiniger Betrachtung der Einschätzung von Experten.<sup>3)</sup>

## Anhang B:

### Leistungsrechtliche Aspekte bei ambulanter medizinischer Rehabilitation

#### 1 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation<sup>1)</sup>

##### Übergangsgeld

Nach § 20 SGB VI in der mit In-Kraft-Treten des SGB IX, d. h. ab 1. Juli 2001, geltenden Fassung besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld für Versicherte, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz oder sonstige Leistungen

3) Da es aus Gründen der Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht sinnvoll und auch nicht möglich ist, ambulante umfassende Rehabilitationsangebote für sämtliche Indikationen flächendeckend aufzubauen, wird der durch nicht-stationäre Rehabilitationsangebote zu deckende Bedarf niedriger ausfallen als ein geschätzter „theoretischer“ Bedarf.

1) Die ergänzenden Leistungen sind mit Ausnahme des Übergangsgeldes seit 1. Juli 2001 trägerübergreifend im SGB IX geregelt.

gen zur Teilhabe erhalten.<sup>2)</sup> Auf das Übergangsgeld wird ein gleichzeitig erzieltetes Erwerbseinkommen angerechnet (vgl. § 52 SGB IX).<sup>3)</sup> Insofern führt der Umstand, ob die ambulante Maßnahme bei arbeitsfähigen Versicherten berufsbegleitend durchgeführt wird oder nicht, zu unterschiedlichen Konsequenzen.

### Reisekosten

Für ambulante Rehabilitationsleistungen übernimmt der Rentenversicherungsträger als Reisekosten die erforderlichen Fahrkosten; hierzu gehören auch die Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich ist, und für eine, wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstaufschlags (vgl. § 53 Abs. 1 SGB IX).<sup>4)</sup>

Möglichkeiten zur Einrichtung von Fahrdiensten der Rehabilitationseinrichtung sollen je nach Verkehrsanbindung geprüft werden, da dies unter Umständen kostengünstiger und für die Versicherten weniger belastend sein kann.

### Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

Für ambulante Rehabilitationsleistungen kann eine Haushaltshilfe als ergänzende Leistung zur Rehabilitation gewährt werden, wenn dem Rehabilitand aufgrund der Rehabilitationsleistung die Weiterführung des eigenen Haushalts nicht möglich ist (vgl. § 54, Abs. 1 SGB IX). Weitere Voraussetzungen sind, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, und dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.<sup>5)</sup>

2) Vor der Änderung des § 20 SGB VI durch Artikel 6 Ziffer 14 SGB IX, d. h. bis Ende Juni 2001, bestand ein Anspruch auf Übergangsgeld für Versicherte, die eine stationäre medizinische oder eine stationäre sonstige Leistung zur Rehabilitation erhalten, und für Versicherte, die eine ambulante medizinische Rehabilitationsleistung anstelle einer sonst erforderlichen stationären Maßnahme erhalten. Überdies war bis Ende 1996 der Übergangsgeldanspruch auf stationäre Leistungen begrenzt. Durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) bestand seit dem 1. Januar 1997 ein Anspruch auf Übergangsgeld auch bei einer ambulanten medizinischen Reha-Leistung, wenn diese eine sonst zu erbringende stationäre Leistung ersetzt. Durch das In-Kraft-Treten des SGB IX gilt diese Einschränkung für ambulante Reha-Leistungen im Sinne eines Ersatzes für stationäre Leistungen nicht mehr.

3) Die Einkommensanrechnung war vor In-Kraft-Treten des SGB IX in § 27 SGB VI geregelt.

4) Vor In-Kraft-Treten des SGB IX, war die Reisekostenerstattung für ambulante Rehabilitationsleistungen in § 30 Abs. 1 Nr. 1 und 4 SGB VI geregelt. Für die Erbringung von Reisekosten wurden von der Rentenversicherung die „Gemeinsamen Grundsätze der Rentenversicherungsträger zur Erbringung von Reisekosten im Zusammenhang mit medizinischen, berufsfördernden und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation (Reisekostengrundsätze)“ vom 25. November 1998 formuliert.

5) Vor In-Kraft-Treten des SGB IX war die Haushaltshilfe in § 29 Abs. 1 SGB VI geregelt. Durch die neue Regelung des § 54 Abs. 1 SGB IX wurde klargestellt, dass Haushaltshilfe auch bei ambulanten Rehabilitationsleistungen gewährt werden kann.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, besteht nach § 54 Abs. 3 SGB IX die Möglichkeit, Kosten für die Betreuung der Kinder des Versicherten bis zu einem Betrag von 120 DM je Kind und Monat zu übernehmen, wenn die Kosten durch die Ausführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation unvermeidbar entstehen.

### 2 Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber

Nach § 3 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) hat ein Arbeitnehmer einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bis zu einer Dauer von sechs Wochen, wenn er durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung gehindert wird, ohne dass ihn ein Verschulden trifft. Damit besteht für arbeitsunfähige Rehabilitanden ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, wenn die Rehabilitationsmaßnahme in den genannten Zeitraum fällt.

Gemäß § 9 Abs. 1 EFZG besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung auch bei einer Arbeitsverhinderung infolge einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, die in einer Einrichtung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation durchgeführt wird.<sup>6)</sup>

Nach § 10 des Bundesurlaubsgesetzes dürfen Maßnahmen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation nicht auf den Urlaub angerechnet werden, soweit ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes nach den gesetzlichen Vorschriften über die Entgeltfortzahlung besteht. Aufgrund der Änderung des § 9 Abs. 1 EFZG im Rahmen des SGB IX ist bei arbeitsfähigen Versicherten eine Anrechnung der Abwesenheitstage aufgrund einer ambulanten Reha-Maßnahme auf den Urlaub seit 1. Juli 2001 rechtlich nicht mehr zulässig.

### 3 Unfallversicherungsschutz

Im § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII in der aufgrund des Artikels 7 SGB IX geänderten Fassung ist geregelt, dass ein Unfallversicherungsschutz besteht für Personen, die „auf Kosten einer Krankenkasse oder eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer landwirtschaftlichen Alterskasse stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten“. Damit sind die Versicherten seit 1. Juli 2001 unabhängig von der Form der durchgeführten Rehabilitation gesetzlich unfallversichert.<sup>7)</sup>

6) Vor In-Kraft-Treten des Artikels 33 SGB IX war der Entgeltfortzahlungsanspruch nach § 9 Abs. 1 EFZG auf stationäre Leistungen beschränkt. Insofern bestand bis zum 30. Juni 2001 gemäß der bis dahin gültigen Rechtslage und entsprechend der sehr engen Auslegung des Begriffes „stationär“ durch das Bundesarbeitsgericht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur bei Arbeitsverhinderung aufgrund einer stationären nicht aber aufgrund einer ambulanten Leistung, selbst wenn diese als Ersatz für eine stationäre Maßnahme durchgeführt wurde.

7) Vor In-Kraft-Treten des Artikels 7 SGB IX bezog sich der Unfallversicherungsschutz nicht auf Versicherte, die an einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen. Insofern hat der Gesetzgeber durch den Einbezug von ambulanten Rehabilitanden in den Kreis der gesetzlich unfallversicherten Personen eine wichtige rechtliche Ungleichbehandlung beseitigt.