

# Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates: I. Einleitung und gesetzliche Grundlagen

## Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation

### I. Introduction, statutory basis

Busse M<sup>1</sup>, Thomas M<sup>2</sup>

Institut für Sportmedizin/Sportmedizinische Ambulanz und Rehabilitationszentrum der Universität Leipzig<sup>1</sup>

(Direktor: Prof. Dr. med. M. W. Busse)

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität Leipzig<sup>2</sup> (Direktor: Prof. Dr. med. G. von Salis-Soglio)

---

### Zusammenfassung

Busse M, Thomas M. Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates: I. Einleitung, gesetzliche Grundlagen. *Klinische Sportmedizin/Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(1): 1-3*. Die ambulante muskulo-skeletale Rehabilitation wird aktuell in Deutschland neu organisiert. Die bisherige Form der ambulanten Rehabilitation, die „ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation“ (AOTR) soll bis zum Ende des Jahres auslaufen. Ein grundsätzliches Problem der künftigen ambulanten wie auch aktuellen stationären Rehabilitation ist das Fehlen einer angemessenen gesetzlichen Regelung zur Indikation und Kostenübernahme. Hieraus ergibt sich ein Genehmigungs- und Kompetenzproblem, das auch durch das neue SGB IX nicht gelöst wird. Die aktuellen gesetzlichen Gegebenheiten sowie die Zuständigkeiten der einzelnen Sozialversicherungssysteme werden dargestellt.

**Schlüsselwörter:** Ambulante Rehabilitation, Sozialversicherung, Sozialversicherungsträger

### Summary

Busse M, Thomas M. Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation: I. Introduction, statutory basis. *Klinische Sportmedizin/Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(1): 1-3*. The outpatient orthopaedic rehabilitation is actually reconstructed in Germany. The present model, the “ambulatory orthopaedic and trauma rehabilitation” (AOTR) will expire with 2002. A general problem of the coming outpatient rehabilitation as well as of the present inpatient rehabilitation is that the statutory precondition concerning indication and financing is not clear. The resulting problems of responsibility and approval are not solved by the new social law IX (SGB IX). In this manuscript the current social law and the responsibilities of the main social insurance companies are presented.

**Key words:** outpatient rehabilitation, social insurance, social assurances

---

Die ambulante Rehabilitation im orthopädisch-traumatologischen Bereich wurde als „Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)“ zunächst im Bereich der Verwaltungs-BG eingeführt und später in die allgemeinen Versorgungsleistungen der Berufsgenossenschaften übernommen. Voraussetzung für einen Vertragsabschluss waren bestimmte personelle und sächliche Leistungen. Unter dem Begriff „Ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation (AOTR)“ folgte ein bundesweites Modellprojekt des VdAK. Durch Berufsgenossenschaften und VdAK wurden mit Reha-Zentren, die zumindest formal bestimmte Voraussetzungen erfüllten, bis ca. 1996 in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Antragsstellung Versorgungsverträge abgeschlossen. Vergleichbare Leistungen wurden zunächst auch durch die AOK eingeführt, später aber zugunsten eines inhaltlich und kostentechnisch deutlich reduzierten Leistungsspektrums wieder abgeschafft. Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, hier nicht erfaßte Kassenarten und private Versicherungsträger orientieren sich zumeist an den Inhalten des VdAK-

Vertrages. Die personellen Voraussetzungen für die AOTR wurden zwischenzeitlich insbesondere durch die Vorschrift der ärztlichen Leitung mit 4 stündiger Präsenzpflcht ergänzt. In diesem Punkt besteht ein wesentlicher Unterschied zur EAP der Berufsgenossenschaften; hier ist die Kooperation mit einem D-Arzt vorgeschrieben, für den jedoch keine Präsenzpflcht besteht. In der Terminologie kann also unter dem Begriff „EAP“ eine nicht ärztlich geleitete, unter AOTR eine ärztlich geleitete Einrichtung verstanden werden. Diese Unterscheidung sollte präzise erfolgen, da für die jeweiligen Formen künftig unterschiedliche gesetzliche Regelungen gelten werden.

Ab Mitte 2002 wird die „Ambulante Rehabilitation bei muskulo-skeletalen Erkrankungen“ von Krankenkassen und Rentenversicherungen eingeführt und tritt an die Stelle der AOTR. Erste Vertragsabschlüsse werden hier aktuell vorgenommen. Grundlage für die Zulassung entsprechender Einrichtungen sind die Vorgaben der BAR von 10/2000. Parallel hierzu besteht jedoch die EAP der Berufsgenossenschaften weiter.

**Gesetzliche Situation:**

Zwei Punkte sind durch Änderungen des SGB V ab 1.1.2000 vorrangig betroffen

1. Zulassung der Rehabilitationseinrichtung: Die Fassung des SGB V vor 1.1.2000 hat hier keine Bedeutung mehr. Der ursprüngliche Modellcharakter der AOTR besteht nicht mehr, nachdem die wohnortnahe Rehabilitation in § 40 (1) und die Zulassung entsprechender Zentren in § 107 (2/2) gesetzlich geregelt ist. Hiernach müssen folgende Voraussetzungen für die Zulassung vorliegen: Die Einrichtung muß „fachlich, medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal eingerichtet sein, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, also durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr – und Heilungskräfte zu helfen.“ § 107 stellt einen zentralen Punkt des vorliegenden Konzeptentwurfs dar, da entsprechend der Regelung der Beziehung zu Leistungserbringern von Heilmitteln (§ 124 SGB V) Anspruch auf Teilhabe der Versorgung der Versicherten besteht, sofern die genannten Voraussetzungen durch ein wie auch immer geartetes Leistungsspektrum erfüllt werden. Die Zulassung hat demnach als Verwaltungsakt auf Antrag des potentiellen Leistungserbringers zu erfolgen. Diese Überlegungen werden durch ein entsprechendes BSG-Urteil vom 5.7.2000 bestätigt, das im gleichen Urteil sogar ergänzend eine Einschränkung der Zulassungen nach Bedarfsgesichtspunkten unter Hinweis auf das Grundrecht der Berufsfreiheit untersagt. Ferner ist die Zulassung nach diesem Urteil ohne eine Inbetriebnahme der Rehabilitationseinrichtung allein auf der Grundlage der Planungsunterlagen zu erteilen. Diese gesetzliche Regelung stellt allerdings die EAP im Rahmen des SGBV in Frage. Nach unserem Eindruck gibt es außerhalb von Modellversuchen für die bisherige EAP mit Ausnahme der berufsgenossenschaftlichen Trägerschaft keine Rechtsgrundlage mehr. Insbesondere die im Gesetz ausdrücklich vorgeschriebene ärztliche Präsenz ist hiernach entscheidendes Kriterium künftiger ambulanter Rehabilitationskonstrukte.

2. Zuständigkeit der Kostenträger: Die Frage der vorrangigen Zuständigkeit für die ambulante Rehabilitation ist oft Gegenstand längerer Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst. Die Folgen für die Krankenversicherer sind bei bestimmten Indikationen ausgesprochen nachteilig (s.u.) und überkompensieren den Effekt einer möglichen Einsparung der Rehabilitationskosten bei weitem.

Zwei wesentliche Argumentationslinien sind u.E. hier zu nennen

a. Grundsätzlich ist die Zuständigkeit für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nach §40 SGB V den Krankenkassen zugewiesen. Ob die Rentenversicherer überhaupt ambulante Maßnahmen erbringen dürfen, ist nach der Neufassung des SGB V und VI fraglich. Während

nach SGB VI aF noch von einer überwiegend stationären Erbringung der Leistungen gesprochen wurden, werden nach §15 (2) SGB VI nF ambulante Leistungen überhaupt nicht mehr erwähnt. Im Gegensatz zu den stationären Leistungen (§ 15 (2) SGB VI) weist das Gesetzbuch für ambulante/teilstationäre Rehabilitation weder eine für den Betrieb gültige Leistungsbeschreibung noch eine Beschreibung der Dauer auf (stationäre Leistungen sind dagegen in § 15 (3) SGB VI eindeutig festgelegt). Im Gegensatz hierzu sind in SGB V § 40 (3) für den ambulanten Bereich Art, Umfang, Dauer (unter Verweis auf §40 (1) SGB V) eindeutig gesetzlich definiert. Entsprechendes gilt für die personellen und inhaltlichen Voraussetzungen ambulanter Rehabilitationseinrichtungen (s.o.). Da also eine gesetzliche Definition für Art, Umfang, räumliche und personelle Voraussetzungen der ambulanten Rehabilitation, wie sie in §40 SGB V vorliegt, in SGB VI völlig fehlt, kann angenommen werden, daß im Gegensatz zur aktuellen Praxis Rentenversicherungen ambulante Leistungen mit Ausnahme von Modellprojekten nicht erbringen dürfen. Aufgrund der engen Vergleichbarkeit ambulanter und teilstationärer Leistungen gilt dies in Interpretation des BSG-Urteils vom 5.7.2000 für teilstationäre Leistungen entsprechend. In dieser Hinsicht wäre eine Zuständigkeit der Krankenkassen in allen Fällen gegeben, in denen eine ambulante/teilstationäre Reha-Maßnahme verordnet und medizinisch indiziert ist. Andere Meinungen tendieren zu der Sicht, gerade das Auslassen des Passus „...überwiegend stationär...“ deute auf den Willen des Gesetzgebers hin, ambulante Rehabilitationsmaßnahmen pauschal in die Leistungen einzubeziehen. Diese Interpretation erscheint allerdings als willkürlich. Sozialgerichtsurteile zu diesem Punkt sind uns nicht bekannt. Letztendlich erlaubt die Gesetzeslage derzeit wohl noch eine Interpretation in beide Richtungen, in jedem Fall ist eine Übernahme der Leistungen ambulanter Rehabilitation bzw. ambulanter AHB durch Krankenkassen eher gesetzeskonform als ungesetzlich. Es kann angenommen werden, daß die nach dem o.g. Urteil des BSG untersagte Bedarfsregulation der Zulassung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen allerdings auch für die Rentenversicherer gilt. Sofern diese mit einer Bedarfsregulation argumentieren, wird die hier uneindeutige Situation voraussichtlich nur durch Sozialgerichtsverfahren zu klären sein.

b. Zuständigkeit nach § 4.13 RehaAnglG: Hier ist nach Absatz 1 jeder Träger entsprechend den für ihn geltenden gesetzlichen Vorschriften leistungspflichtig. Eine „Subsidiarität“ tritt nach Absatz 2 erst dann ein, wenn die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger ungeklärt ist. Nach §40 (4) SGB V werden medizinische Leistungen ambulanter Rehabilitation nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können. Da die Zuständigkeit der Unfallversicherungen in der Regel recht eindeutig ist, kann man sich hier auf die Zuständigkeit der Krankenkassen vs. Rentenversicherungsträger beschränken. Unabhängig von der schon angesprochenen Frage der grundsätzlichen Zuständigkeit für ambulante/teilstationäre Rehabilitation ist die Zuständigkeit hier durch die §§ 10, 11 und 12 SGB VI

definiert. Entscheidend sind hier die in § 10 SGB VI definierten persönlichen Voraussetzungen, die für Versicherte dann erfüllt sind, wenn deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist, bzw. bei denen voraussichtlich bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine MdE abgewendet werden kann bzw. bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt bzw. eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Zusammenfassend ist also eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit in allen Fällen Voraussetzung, in denen noch keine MdE beurkundet wurde. Subsidiarität tritt demnach in diesem Zusammenhang erst

dann ein, wenn bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit unklar ist. Für nicht vorwiegend körperlich arbeitende Personen dürfte dies in einem größeren Teil schwerer kardio-pulmonaler, gynäko-logischer, psychischer und neurologischer Erkrankungen sowie Tumorerkrankungen zutreffen, jedoch nur in einem geringeren Anteil orthopädisch-traumatologischer Erkrankungen. Dieser Aspekt ist wesentliche Grundlage für die weiter unten genannten Indikationen der ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation. Bestätigt wird diese Sicht insgesamt auch durch die „Arbeitshilfe AOTR“ des MDS (Stand 2/98) Punkt 9.

**Literatur:** beim Verfasser

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. M. Busse  
Institut für Sportmedizin/Sportmedizinische Ambulanz und Rehabilitationszentrum der  
Universität Leipzig  
Jahnallee 59, D-04109 Leipzig  
e-mail: <http://www.drmwbl@aol.com>  
Fax: -49341-9731669; Tel.: -49341-9731664