

Rehabilitation

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Rehabilitationsfähigkeit, -bedürftigkeit, -ziel, -prognose

AOK NORDWEST • Rehabilitation, Thema 3.2, Nr. 8



Rehabilitation

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

**Rehabilitationsfähigkeit, -bedürftigkeit, -ziel, -prognose
(vgl. auch MDK-Begutachtungs-Richtlinien
„Vorsorge und Rehabilitation“ vom 16. 03.2004,
zuletzt geändert im Februar 2012)**



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsarten -

§ 11 Abs. 1 SGB V:

Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen

4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX
(ab 01.01.2018: § 29 SGB IX)



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsarten -

§ 42 Abs. 2 SGB IX:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsarten -

§ 42 Abs. 2 SGB IX:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

2. Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder,



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsarten -

§ 42 Abs. 2 SGB IX:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

3. Arznei- und Verbandsmittel,



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsarten -

§ 42 Abs. 2 SGB IX:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsarten -

§ 42 Abs. 2 SGB IX:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsarten -

§ 42 Abs. 2 SGB IX:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

6. Hilfsmittel sowie



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsarten -

§ 42 Abs. 2 SGB IX:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Leistungsarten -

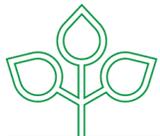
§ 11 Abs. 2 SGB V:

Satz 1

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Satz 3

Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 27 Abs. 1 SGB V:

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 40 Abs. 1 SGB V (Leistungen zur amb. med. Rehabilitation):

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rechtliche Voraussetzungen einer Maßnahme nach § 40 Abs. 1 SGB V (Leistungen zur amb. medizinischen Rehabilitation)

- Ambulante Maßnahmen reichen nicht aus
- Ziel des § 11 (2) SGB V wird verfolgt
- Medizinische Voraussetzungen für die Reha sind erfüllt
- Mit dem Reha-Anbieter besteht ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V
- Es besteht ein Vertrag als ambulante Einrichtung (ggf. in Pflegeeinrichtung)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rechtliche Voraussetzungen einer Maßnahme nach § 40 Abs. 1 SGB V (Leistungen zur amb. medizinischen Rehabilitation)

Aber:

Keine Bedarfsplanung, s. hierzu BSG 05.07.2000, B 3 KR 12/99 R
Der beklagten Krankenkasse wurde das Recht abgesprochen, einen Bedarfsplan für eine Rehabilitationseinrichtung zu erstellen. Sind die sonstigen Voraussetzungen erfüllt, muss die Krankenkasse eine Erweiterung der Einrichtung um zusätzliche Fachabteilungen akzeptieren.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 40 Abs. 2 SGB V (Leistungen zur stat. med. Rehabilitation):

Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches* zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. **Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht**

* Qualitätsgesicherte Rehabilitationseinrichtung



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V:

§ 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind.

(angefügt durch Gesetz vom 16.07.2015)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 39 Abs. 1a SGB V (Krankenhausbehandlung):

Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.

Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 39c SGB V Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 40 Abs. 2 und 6 SGB V

Reha (2)

- Ambulante Möglichkeiten sind ausgeschöpft
- § 40 Abs. 1 SGB V reicht nicht aus
- Keine vorangegangene Krankenhausbehandlung
- grds. max. alle 4 Jahre

Anschlussheilbehandlung (6)

- § 40 Abs. 1 SGB V reicht nicht aus
- vorangegangene Krankenhausbehandlung und innerhalb von 14 Tagen AHB
- Keine Fristen vorangegangener Maßnahmen zu beachten



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Ambulante Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V)

in zugelassenen, wohnortnahen Einrichtungen

geeignet für belastbare und aktive Patienten, z. B. nach Knie-OP oder Hüft-OP

keine Unterbringung

Fahrdienste der Einrichtung möglich, wenn max. Fahrzeit pro Strecke 45 Minuten beträgt

Behandlungstage = 20, an Mo-Fr, evtl. auch im Rahmen des Kostenmanagements kürzere Verweildauer



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V)

- In zugelassenen Einrichtungen nach § 111 ff SGB V
- Oft auf spezielle Krankheitsbilder spezialisiert (orthopädisch, kardiologisch ... oder F)
- Wahlrecht bzgl. der Einrichtung, evtl. anfallende Mehrkosten sind vom Vers. selbst zu tragen
- Dauer: 3 Wochen, ggf. Verlängerung durch MDK,
- Längere Dauer bei best. Indikationen (z. B. Abhängigkeitserkrankungen)
- Für Kinder und Jugendliche 4-6 Wochen
- Leistungsintervall: 4 Jahre



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) besondere Formen

Anschlussrehabilitation (AR)

Besonderheit bei der Zuzahlung: längstens 28 Tage im Kalenderjahr unter Anrechnung von Krankenhauszuzahlungen (§ 32 Abs. 1 Sätze 2 & 3 SGB VI)

Definition im Anschluss: innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) besondere Formen

Nachsorge Festigungskuren = CA Reha

Gleichrangigkeit der KV und der RV, also wo der Antrag gestellt wird muss die Leistung beurteilen, eine Weiterleitung nach § 14 SGB IX ist ausgeschlossen.

Beurteilung erfolgt nach den versicherungsrechtlichen (RV) und persönlichen (med.) Voraussetzungen bei jedem Versicherungsträger



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) besondere Formen

Sucht – Reha

Reha Ziele sind hier besonders wichtig!

- Abstinenz erhalten und erreichen
- körperliche und seelische Störungen weitgehend beheben oder ausgleichen
- Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft weitgehend zu erhalten bzw. zu erreichen



Microsoft
Word-Dokument



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) besondere Formen

Sucht – Reha

Besonderheit: Antragsverfahren mit Voraussetzung einer Entwöhnungs- und Entzugsbehandlung

„Normale“ Zuständigkeiten von RV (vorrangig) und KV

Maßnahmen der Beratung und Motivierung müssen vorangegangen sein

Der Entzug ist immer eine Akutbehandlung und die KK zuständig

Dauer: grds. 13 Wochen



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) besondere Formen

Kinder Reha

Gleichrangigkeit der KV und der RV, also wo der Antrag gestellt wird muss die Leistung beurteilen, eine Weiterleitung nach § 14 SGB IX ist ausgeschlossen.

Beurteilung erfolgt nach den versicherungsrechtlichen (RV) und persönlichen (med.) Voraussetzungen bei jedem Versicherungsträger



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) besondere Formen

Kinder Reha

Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung, evtl. Überbrückungsunterricht § 8 Kinderreha-RL

Medizinische Notwendigkeit für die Mitaufnahme einer Begleitperson (§ 15a Abs. 2 Satz 1 SGB VI)

Keine Zuzahlungen (§ 14 Kinderreha-RL), 4 Jahresfrist gilt hier nicht

Ergänzende Leistungen

Es werden Reisekosten nach § 73 SGB IX, Haushaltshilfe nach § 74 SGB IX, Reha-Sport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX übernommen (§ 13 Kinderreha-RL)

Anspruch auf Nachsorgeleistungen nach einer durchgeführten Kinderreha zulasten der DRV (§ 15a Abs. 2 Satz 2 SGB VI)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Abgrenzung Vorsorge zu Rehabilitation

Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)

Ambulante Leistung am Wohnort (Abs. 1)

Ambulante Maßnahmen in anerkannten Kur-/Badeorten (Abs. 2)

Stationäre Maßnahmen in Vorsorgeeinrichtungen (Abs. 4)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Abgrenzung Vorsorge zu Rehabilitation

Mutter/Vater-Kind-Maßnahme (§ 24 SGB V)

In Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder Vertragshäusern (oder eigenen Kliniken, z. B. AOK Nordseeklinik in Amrum)

Rechtsanspruchsleistung

kein Vorrang „ambulant vor stationär“ (§ 24 Abs. 1 Satz 4 SGB V, GR v. 09.03.2007 zu § 24 SGB V Tit.2)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 41 SGB V (Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter):

Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 41 SGB V (Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter):

Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht.

§ 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht (ambulant vor stationär)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter:

Achtung: Unterschied Rehabilitation und Vorsorge nicht verwechseln

Erkrankung geht über den Vorsorgeansatz hinaus und der Therapieerfolg kann nur mit dem Kind sicher gestellt werden.

Der Therapieerfolg darf nicht durch die Mitnahme des Kindes in Frage gestellt sein!

Kind kann als Therapie, sowie als auch Begleitkind mitgenommen werden

Abgrenzung zur RV wichtig!



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Zuzahlungen zur medizinischen Rehabilitation

- Für Leistungen nach § 40 Abs. 1 und 2 SGB V sind Zuzahlungen i.H.v. 10,- EUR je Kalendertag ohne zeitliche Begrenzung der Behandlung zu leisten (§ 40 Abs. 6 SGB V).
- Ausnahme Anschlussheilbehandlungen: Die Zuzahlung wird auf max. 28 Kalendertage begrenzt. Vorher geleistete Krankenhauszuzahlungen werden angerechnet.
- Für Leistungen nach § 41 SGB V sind Zuzahlungen i.H.v. 10,- EUR je Kalendertag ohne zeitliche Begrenzung der Behandlung zu leisten (§ 41 Abs. 3 SGB V).



Microsoft
Word-Dokument



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Zuzahlungen zur medizinischen Rehabilitation

Weitere Beispiele selber berechnen: Gruppenarbeit



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Gestuftes Leistungssystem der Krankenversicherung:

Erstes Mittel der Wahl ist immer die Kuration (vgl. § 2 Abs. 2 und 7 Abs. 2 Rehabilitations-Richtlinien: Den Grundsätzen „Rehabilitation vor Rente“, „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ ist Rechnung zu tragen.)

- ärztliche Behandlung (§ 27 SGB V)
- Heilmittel (§ 32 SGB V)
- D1 Heilmittelkombination (Krankengymnastik auch die Krankengymnastik mit Gerät, die Manuelle Therapie sowie diverse therapiebegleitenden Maßnahmen wie Thermo- oder Elektrotherapie)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Gestuftes Leistungssystem der Krankenversicherung:

Nur wenn die Kuration keinen Erfolg verspricht bzw. erbracht hat

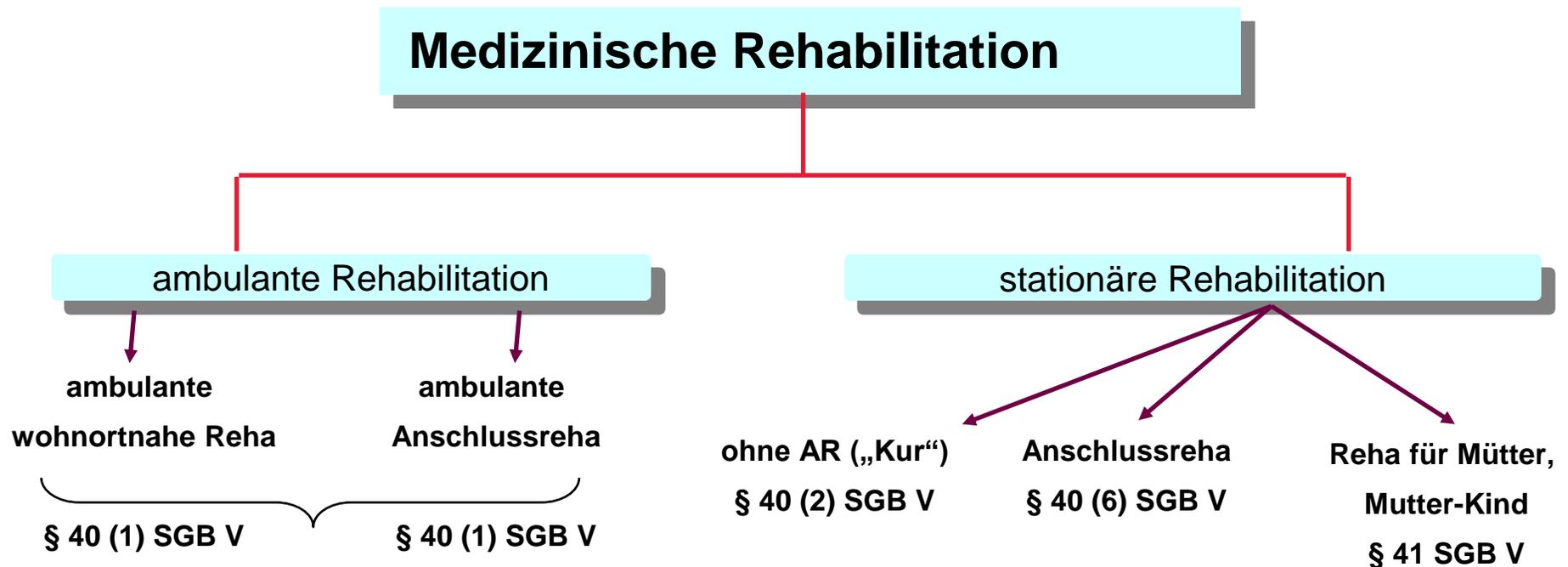
- Medizinische Rehabilitation als Komplexleistung (vgl. auch § 26 SGB IX: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation/Frühförderung sowie heilpädagogische Leistungen)
- ambulante Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V)
- stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rehabilitationssetting der gesetzlichen Krankenversicherung:



Sonderform „mobil“ auch in Pflegeeinrichtungen, aber nicht durch Pflegeeinrichtungen

SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Voraussetzungen für die Verordnung (§ 7 Rehabilitations-RL):

- Reha** bilitationsbedürftigkeit → **medizinische Notwendigkeit**
- Reha** bilitationsfähigkeit → **Belastbarkeit (Effektivität und Effizienz)**
- Reha** bilitationsprognose → **Wahrscheinlichkeitsaussage (Erreichbarkeit des Zieles in einem bestimmten Zeitraum und unter den Bedingungen)**
- Reha** bilitationsziel → **Medizinisch begründete Zielvorgabe**



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 8 Rehabilitations-Richtlinie: Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.



Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der
Pflegebedürftigkeit.

SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rehabilitationsbedürftigkeit laut Begutachtungsrichtlinie des MDK

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen,

oder

- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 9 Rehabilitations-Richtlinie: Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung willens ist die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit umzusetzen/besitzen.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rehabilitationsfähigkeit laut Begutachtungsrichtlinie des MDK

Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter/eine Versicherte, wenn er/sie aufgrund seiner/ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rehabilitationsziel (keine rechtliche Definition vorhanden)

Der Begriff bezeichnet eine medizinisch begründete Zielvorgabe für den betreffenden Rehabilitanden im Zusammenhang mit der vorgesehenen Rehabilitationsmaßnahme. Das Rehabilitationsziel muss auf der Basis möglichst überprüfbarer Aussagen zur Vermeidung, Beseitigung diagnostizierter, alltagsrelevanter Beeinträchtigungen formuliert werden.

Eine Prüfung des Rehabilitationsziels erfolgt i.d.R. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (vgl. hierzu § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V: Prüfung in „Stichproben vor Bewilligung“).



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rehabilitationsziel laut Begutachtungsrichtlinie des MDK

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder drohende Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Realistische, für den/die Versicherte alltagsrelevante Rehabilitationsziele leiten sich aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe ab. Bei der Formulierung der Rehabilitationsziele ist der/die Versicherte zu beteiligen.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rehabilitationsziel laut Begutachtungsrichtlinie des MDK

Ziele der Rehabilitation können sein:

- Vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus der Aktivitäten/Teilhabe
- Größtmögliche Wiederherstellung des Ausgangsniveaus der Aktivitäten/Teilhabe
- Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbliebener Funktionen oder Aktivitäten
- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe des /der Versicherten



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 10 Rehabilitations-Richtlinie: Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation



• in einem notwendigen Zeitraum.

SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rehabilitationsprognose laut Begutachtungsrichtlinie des MDK

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation



• in einem notwendigen Zeitraum.

SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Maßgeblich für die Eingruppierung des Patienten für die Art einer Reha-Maßnahme ist der Phasenmodell nach Bartel. Hier werden Fähigkeiten des Patienten in Punkten ausgedrückt und addiert.

Das Phasenmodell:

Phase A	Akutbehandlung (Krankenhaus; such Intensivstation)
Phase B	Gilt nur für SH, in WL weitestgehend mit Phase C+ vergleichbar: Frührehabilitation, Bartel-Index < 20 (Beispiel: bei Schädel-Hirn-Trauma)
Phase C	Weiterführende Rehabilitation (weitgehend pflegebedürftig, Barthel-Index 20-75)
Phase D	Anschlussheilbehandlung (= AHB; weitgehend selbstständig, Barthel-Index 80-100)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Barthel-Index	15 P.	10 P.	5 P.	0 P.
Essen/Trinken				
Bett/Rollstuhl-Transfer				
Waschen				
Toilettenbenutzung				
Baden				
Gehen bzw. Rollstuhlfahren				
Treppensteigen				
An/Auskleiden				
Darmkontrolle				
Blasenkontrolle				
Summe der Spalten				



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Zuständiger Leistungsträger

Vorrangigkeit der Rentenversicherung:

Persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen müssen erfüllt sein (§ 9 Abs. 2 SGB VI)

Persönliche Voraussetzungen

§ 10 Abs. 1 SGB VI

Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 müssen vorliegen!

Hinweis: negative oder fehlende Erwerbsprognose führt zum Ausschluss der Zuständigkeit der RV



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Zuständiger Leistungsträger RV

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

§ 11 Abs. 1, 2 und 3 SGB VI

Es müssen Versicherungszeiten erfüllt sein!

Wartezeit von 15 Jahren oder Rente wg. verminderter Erwerbsfähigkeit muss bezogen werden

Bei Präventionsleistungen und med. Reha-Leistungen ist die Wartezeit auch erfüllt, wenn sie in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen haben

Oder innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung (...)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Zuständiger Leistungsträger

Versicherungszeiten

§ 50 SGB VI – allgemeine Wartezeit

§ 51 SGB VI – anrechenbaren Zeiten

§ 55 SGB VI – Beitragszeiten

Pflichtbeitragszeiten von Versicherten nach den §§ 1-4 und 7 SGB VI zählen mit.

Auch: Kinderziehungszeiten nach § 56 SGB VI / § 249 Abs. 1 SGB VI

Teilmonate zählen als ganze Monate (§ 122 Abs. 1 SGB VI)

Prüfbogen



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Zuständiger Leistungsträger RV

Leistungsinhalt

§ 15 SGB VI

Die Träger der RV erbringen im Rahmen von Leistungen zur med. Reha
Leistungen nach den §§ 42-47 SGB IX:

Dauer: maximal 3 Wochen, bei medizinischer Notwendigkeit (zur Erreichung
des Rehabilitationsziels) ggf. Verlängerung (§ 15 Abs. 3 SGB VI)

Intervall: alle 4 Jahre (§ 12 Abs. 2 SGB VI)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Zuständiger Leistungsträger RV

Zuzahlung - § 32 SGB VI

Ab Vollendung des 18. Lebensjahres pro Kalendertag 10 Euro (Abs. 1 Satz 1)

Besonderheit Anschlussreha: Begrenzung der Zuzahlung auf 14 Kalendertage unter Anrechnung der Krankenhauszuzahlungszeit (Abs. 1 Sätze 2+3)

Keine Zuzahlung bei Bezug von Übergangsgeld

Befreiung und gestaffelte Zuzahlung aufgrund unzumutbarer Belastung möglich (Abs. 4)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -



Microsoft
Word-Dokument

§ 43 SGB V: Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 44 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 53 und 54 (ab 01.01.2018 §§ 64 bis 74) des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,

1. solche Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise erbringen oder fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 43 SGB V: Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 53 und 54 (ab 01.01.2018 §§ 64 bis 74) des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,

2. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

§ 43 SGB V: Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Beispiele:

- Krankengeld (§§ 44 ff. SGB V, §§ 64 Abs. 1 Nr. 1 und 65 SGB IX)
- Reisekosten (§ 60 Abs. 5 SGB V, §§ 64 Abs. 1 Nr. 5 und 73 SGB IX)
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V, §§ 64 Abs. 1 Nr. 6 und 74 SGB IX)
- Rehabilitationssport (§ 43 SGB V, § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX)
- Funktionstraining (§ 43 SGB V, §§ 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX)



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Rehabilitationssport

Inhalt:

Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Seit 01.01.2011 ausgeschlossen: Geräte der „Mucki-Bude“!

Umfang:

50 Übungseinheiten (Richtwert), die in einem Zeitraum von 18 Monaten (bei bestimmten Erkrankungen: bis zu 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten).

Ziel: Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität verbessern



SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

- Krankenbehandlung -

Funktionstraining

Inhalt:

Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern.

Seit 01.01.2011 ausgeschlossen: Geräte der „Mucki-Bude“!

Umfang:

Leistungsumfang des Funktionstrainings (z.B. Warmwassergymnastik) in der Regel 12 Monate (Richtwert). Bei besonderen Erkrankungen kann es auf 24 Monate ausgeweitet werden.



Ziel: Erhalt und die Verbesserung von Funktionen