

Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V	
Kurzbeschreibung	Bearbeitung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V
Gültig ab	26.03.2020

Hinweis: Aus Gründen der Vereinheitlichung wird auf die weibliche Form verzichtet. Es werden jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

1. Allgemeines

Medizinische Rehabilitationsleistungen können in Betracht kommen, wenn diese notwendig sind und die ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Für die Rehabilitation ist das Krankheitsfolgenmodell mit der "Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen" (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein geeignetes konzeptionelles Bezugssystem.

Die Leistungsgewährung durch die Krankenkassen für Rehabilitationsleistungen orientiert sich an folgenden Prinzipien:

- Indikationen ergeben sich aus der individuellen medizinischen Notwendigkeit.
- Leistungen sind bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich durchzuführen, wobei eine enge Vernetzung mit der kurativen Behandlung erforderlich ist.
- Den Grundsätzen „ambulant vor stationär“, „Reha vor Pflegeleistungen“ und „Reha vor Rente“ ist Rechnung zu tragen.

[ICF-Praxisleitfaden 1](#) beim Zugang zur Rehabilitation

[ICF-Praxisleitfaden 2](#) in medizinischen Reha-Einrichtungen

Das Arbeitspapier verfolgt das Ziel, das Verfahren bei der Antragsbearbeitung und Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V bei der AOK Nordost einheitlich zu gestalten sowie Transparenz für alle Beteiligten herzustellen.

2. Rechtsgrundlagen und Arbeitshilfen

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111e besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein.

Versicherte erhalten stationäre Rehamaßnahmen mit Unterkunft und Verpflegung in Rehaeinrichtungen, wenn ambulante Krankenbehandlungen und ambulante Rehaleistungen nicht ausreichen.

Eine Anschlussrehabilitation (AR) ist eine stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung.

AR als komplexe Maßnahme wird dort nötig, wo gesundheitliche Schädigungen zu voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen geführt haben und ambulante Krankenbehandlungen alleine nicht mehr ausreichen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Rehabilitationseinrichtungen müssen nach § 37 Abs. 3 SGB IX zertifiziert sein und es muss mit den Krankenkassen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V bestehen. Wählt der Versicherte eine Einrichtung, die nicht zertifiziert ist und mit der kein Versorgungsvertrag besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.

Rehabilitationseinrichtungen müssen sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung (QS) beteiligen und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einführen (§ 135 a Abs. 2 SGB V). Die externe QS für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erfolgt über das [QS-Reha@-Verfahren](#). In diesem werden die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit gemessen.

Entsprechend den medizinischen Erfordernissen bestimmt die Krankenkasse Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung. (§ 40 Abs. 3 SGB V).

Mit dem Vordruck 61 A kann der Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut

- eine Beratung des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (RV), z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Kinderrehabilitation oder onkologischer Rehabilitation für Rentner anzeigen oder
- eine Beratung des Versicherten über weitere Leistungen der Krankenkasse, z. B. ambulante Vorsorgeleistung anzeigen oder
- um Prüfung des zuständigen Reha-Trägers bitten.

Die Verordnung medizinischer Rehabilitation erfolgt auf dem Vordruck 61 B – D. Die Ausstellung durch den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten erfolgt, wenn

- zweifelsfrei die Zuständigkeit der Krankenkasse gegeben ist
- der Versicherte die Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der GKV wünscht, z. B. bei Gleichrangigkeit
- die ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht
- der Vertragsarzt die medizinische Notwendigkeit für eine medizinische Rehabilitation sieht.

Die Verordnung einer AR erfolgt durch den Arzt des Krankenhauses auf dem bundeseinheitlichen [Antrag auf Anschlussrehabilitation](#). Anlage zum Antrag auf AR ist der [Ärztliche Befundbericht](#).

Rechtsgrundlagen	
SGB I	Allgemeiner Teil
§ 16 SGB I	Antragstellung
SGB IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
§ 19 SGB IV	Leistungen auf Antrag oder von Amts wegen
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
§ 5 SGB V	Versicherungspflicht
§ 10 SGB V	Familienversicherung
§ 11 SGB V	Leistungsarten
§ 12 SGB V	Wirtschaftlichkeitsgebot
§ 16 SGB V	Ruhen des Anspruchs
§ 27 SGB V	Krankenbehandlung
§ 40 SGB V	Leistungen zur medizinischen Reha
§ 44 Abs. 1 SGB V	Krankengeld
§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V	Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe
§ 60 SGB V i. V. m. § 73 SGB IX	Fahrtkosten / Reisekosten
§§ 61, 62 SGB V	Zuzahlungen / Belastungsgrenze
§ 73 SGB V	Kassenärztliche Versorgung u. a. Abs. 1 Inhalt hausärztliche Versorgung Abs. 2 Umfang vertragsärztliche Versorgung Abs. 2 Satz 3 Psychotherapeuten – Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation
§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses „ Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation “ (Reha-RL)
§ 107 Abs. 2 SGB V	Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen
§ 111 SGB V	Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen
§ 111 b SGB V	Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkasse und Trägern von Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen
§ 135a Abs. 2 SGB V	Verpflichtung zur Qualitätssicherung
§ 137 d SGB V	Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Vorsorge oder Reha
§ 275 SGB V	Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst
§ 276 SGB V	Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung
§ 9 SGB VI	Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe
§ 10 SGB VI	Persönliche Voraussetzungen
§ 11 SGB VI	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen
§ 12 SGB VI	Leistungsausschluss
§ 13 Abs. 2 SGB VI	Leistungsumfang
§ 31 SGB VI	Sonstige Leistungen
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung
§ 1 SGB IX	Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
§ 2 SGB IX	Begriffsbestimmungen
§ 4 SGB IX	Leistungen zur Teilhabe
§ 5 SGB IX	Leistungsgruppen
§ 6 SGB IX	Rehabilitationsträger
§ 7 SGB IX	Vorbehalt abweichender Regelungen
§ 8 SGB IX	Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten
§ 9 SGB IX	Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe
§ 12 SGB IX	Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung
§ 13 SGB IX	Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs
§ 14 SGB IX	Zuständigkeitsklärung

§ 15 SGB IX	Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern
§ 16 SGB IX	Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern
§ 17 SGB IX	Begutachtung
§ 18 SGB IX	Erstattung selbstbeschaffter Leistungen
§ 19 SGB IX	Teilhabeplan
§ 37 SGB IX	Qualitätssicherung
§ 73 SGB IX	Reisekosten
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung
§ 18 Abs. 6 SGB XI	Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit Hier: Feststellung der Maßnahmen zur Prävention und medizinischen Reha
§ 31 SGB XI	Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

Richtlinien	
Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation	
Rehabilitations-Richtlinie – „Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (Reha-RL)	
Richtlinie MDK- Stichprobenprüfung – Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ausnahmen davon nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vom 02.07.2008	

3. Rehabilitation

3.1. Begriffsdefinitionen

Rehabilitation ist die Wiederherstellung des vorherigen Gesundheitszustandes unter Nutzung verschiedener rehabilitativer Maßnahmen.

Die medizinische Rehabilitation ist angezeigt bei Versicherten, die als Folge einer Schädigung reha bedürftig sind und eine komplexe, interdisziplinäre Versorgung benötigen.

3.1.1. Rehabilitationsbedürftigkeit

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.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit orientiert sich an den Auswirkungen der Erkrankung (ICF), nicht an der Diagnose.

Die entwicklungsspezifischen Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen.

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

3.1.2. Rehabilitationsfähigkeit

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

3.1.3. 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 (gesamter Lebenshintergrund einer Person in Bezug auf umwelt- und personenbezogenen Faktoren)
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem notwendigen Zeitraum.

3.1.4. Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehend 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.

Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen.

Ein weiteres Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

3.2. Verordner von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dürfen

- zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Vertragsärzte
- an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende „Psychologische Psychotherapeuten“ sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (in der Rehabilitations-Richtlinie einheitlich Vertragspsychotherapeuten genannt)

verordnen.

Ist eine AR erforderlich, verordnet diese der Arzt des Krankenhauses auf dem bundeseinheitlichen [Antrag auf Anschlussrehabilitation](#). Anlage zum Antrag auf AR ist der [Ärztliche Befundbericht](#).

3.3. Zielgruppe

Rehabilitationsmaßnahmen sind auf Versicherte ausgerichtet, bei denen chronische Krankheiten, Krankheitsfolgen und Behinderungen verhindert und bekämpft werden sollen und ambulante Behandlungsmaßnahmen nicht ausreichen.

3.4. Zuweisungskriterien für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Eine Rehabilitation kann erwogen werden, wenn

- das Rehabilitationsziel nicht durch eine ambulante Rehabilitation erreichbar ist
- eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung des Versicherten erforderlich ist
- der Versicherte nicht über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation/AR erforderliche Mobilität und über ausreichende Aktivitäten zur Selbstversorgung (ATL) verfügt
- der Versicherte physisch und psychisch nicht ausreichend belastbar für eine ambulante Leistungserbringung ist
- die Rehabilitationseinrichtung nicht in einer zumutbaren Zeit erreicht werden kann (max. 45 Minuten)
- eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld notwendig ist
- die hauswirtschaftliche Versorgung nicht sichergestellt ist.

Siehe auch:

[Rehabilitations-Richtlinie](#)

3.5. Zeitliche Voraussetzung für erneute Leistungen

Rehabilitationsmaßnahmen können nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Danach sind die von den jeweiligen Reha-Trägern genehmigten medizinischen Reha-Maßnahmen bei einer erneuten Anspruchsprüfung aufeinander anzurechnen (§ 40 Abs. 3 SGB V).

Eine vorzeitige Leistungserbringung ist möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. (§ 40 Abs. 3 SGB V)

AR resultieren immer aus einem Akutereignis/Krankenhausfall, so dass eine Vorzeitigkeit grundsätzlich nicht geprüft werden muss.

3.6. Gestuftes Versorgungssystem der Rehabilitation

Die Leistungen der Rehabilitation werden nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 40 SGB V), „Rehabilitation vor Pflegeleistungen“ (§ 31 SGB XI) und „Rehabilitation vor Rentenbezug“ (§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI) erbracht.

Folgendes Stufensystem kommt beim Grundsatz „ambulant vor stationär“ zur Anwendung:

- 1. Stufe
kurative Behandlung (Krankenbehandlung) durch Vertragsärzte, d. h. alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen von vertragsärztlicher Krankenbehandlung und Krankenhausbehandlung einschließlich der Versorgung mit Arzneimitteln, Hilfsmitteln, Heilmittel, ... (§ 23 Abs. 1 SGB V)
- 2. Stufe
ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V)
stationäre Behandlung in Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB V)
- 3. Stufe
ambulante Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 1 SGB V)
stationäre Rehabilitation in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 2 SGB V).

Grundsatz:

Die Art der Leistung wird nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls von der Krankenkasse bestimmt. Sofern das Rehabilitationsziel mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl durch ambulante als auch durch stationäre Rehabilitationsleistungen zu erreichen ist, wird unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und der berechtigten Wünsche des Versicherten entschieden.

3.7. Dauer einer Rehabilitationsmaßnahme

Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V ist nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall durch die Krankenkasse festzulegen. Grundsätzlich beträgt die Dauer der Maßnahme 3 Wochen (§ 40 Abs. 3 SGB V).

Von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. (§ 40 Abs. 3 SGB V)

3.8. Verlängerung der Maßnahme

Eine Verlängerung der Leistung ist bei Vorliegen dringender medizinischer Gründe nach Antragstellung möglich. (§ 40 Abs. 3 SGB V)

Danach können Rehabilitationsleistungen im Einzelfall aus plausiblen dringenden medizinischen Gründen verlängert werden. Den Verlängerungsantrag stellt der behandelnde Arzt in der Rehabilitationseinrichtung. Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben dafür einheitliche Vordrucke entwickelt, die die wesentlichen Angaben zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit enthalten.

3.9. Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine ambulante, mobile oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag 10,00 Euro an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten. (§ 40 Abs. 5 SGB V)

Die Zuzahlungspflicht besteht sowohl für den Aufnahme- als auch Entlassungstag.
(RdSchr. 03o zu § 40 SGB V)

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung zur Rehabilitation in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (AR) medizinisch notwendig ist, zahlen 10,00 EUR für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung.

3.10. Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige

Am 01.01.2019 ist das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonalstärkungsgesetz – PpSG) vom 11.12.2018 in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurde auch § 40 SGB V geändert, um dem Personenkreis der pflegenden Angehörigen einen erleichterten Zugang zu stationären Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen.

Pflegende Angehörige haben nunmehr einen Anspruch auf stationäre Rehabilitationsleistungen unabhängig davon, ob eine ambulante Rehabilitationsleistung ausreichend wäre. Durch den unmittelbaren Anspruch auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird allein der sonst geltende Grundsatz „ambulant vor stationär“ außer Kraft gesetzt.

Der Leistungsanspruch der pflegenden Angehörigen wird dadurch ausgeweitet, dass sie einen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Rehabilitationseinrichtung haben. Soll der Pflegebedürftige in einer anderen Einrichtung als der Rehabilitationseinrichtung seines pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse dessen Versorgung auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und mit Zustimmung des Pflegebedürftigen.

Für die Indikation einer medizinischen Rehabilitation muss auch bei pflegenden Angehörigen

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit vorliegen sowie
- eine positive Rehabilitationsprognose gegeben sein.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen darauf ausgerichtet sein, eine nicht nur vorübergehende drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden oder eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Siehe auch:

[Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG - 11.12.18](#)

3.11. Fahrkosten

Grundsätzlich gilt bei der Prüfung der Übernahme der Fahrkosten § 60 Abs. 5 SGB V. Danach werden im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Fahr- und andere Reisekosten nach § 73 Abs. 1 bis 3 SGB IX übernommen. Zuzahlungen sind bei Rehabilitationsleistungen vom Versicherten nicht zu leisten (RS 01g zu § 60 Abs. 5 SGB V).

Über die Art des geeigneten Transportmittels entscheidet grundsätzlich der verordnende Arzt auf dem Muster 61 Teil B – D/der verordnende Arzt des Krankenhauses bei AR bzw. die Rehabilitationseinrichtung bei der Prüfung der medizinischen Unterlagen.

3.12. Mitaufnahme einer Begleitperson in einer Rehabilitationseinrichtung

Nach § 11 Abs. 3 SGB V umfasst die stationäre Behandlung auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten. Das schließt stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V ein.

4. Prüfung der Zuständigkeiten

4.1. Zuständigkeit der Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX)

Reha-Träger sind:

- Gesetzliche Krankenkassen
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- Träger der Eingliederungshilfe
- Bundesagentur für Arbeit.

Es wird nach folgenden Leistungsgruppen (§5 SGB IX) unterschieden:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Rehabilitation schließt alle Leistungen ein, die darauf gerichtet sind,

- eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw.
- eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe liegt vor, wenn neben Schädigungen nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten bestehen.

Je nach Kostenträger unterscheiden sich die Behandlungs- und Rehabilitationsziele.

- Die gesetzlichen Krankenkassen sind zuständig, wenn mit der Rehabilitation eine Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit vermieden oder gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet werden soll.
- Die gesetzliche Rentenversicherung finanziert eine Rehabilitation, wenn sie dazu dient, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen.
- Die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt die Kosten bei Berufskrankheiten und beruflich bedingten Unfällen.

4.2. Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen

Wenn ein Antrag oder der Vordruck 61 eingehen, ist zunächst immer zu prüfen, ob der Antragsteller bei der AOK Nordost versichert ist und ob ggf. ein Leistungsanspruch gegenüber einem anderen Reha-Träger nach § 40 Abs. 4 SGB V besteht.

Ist die AOK Nordost insgesamt für keine der im Antrag genannten Leistungen zuständig bzw. besteht eine vorrangige Zuständigkeit gegenüber einem anderen Reha-Träger, leitet sie die Antragsunterlagen an den aus ihrer Sicht zuständigen Reha-Träger gemäß § 14 Abs. 1 SGB IX weiter.

4.3. Prüfung der persönlichen Voraussetzungen

Diese Prüfung umfasst die Feststellung, ob

- a) nach § 16 SGB V die Leistung ruht oder
- b) andere Sozialversicherungsträger für eine Rehabilitationsleistung nach deren geltenden Gesetzen zuständig sind (§ 40 Abs. 4 SGB V).

Die Zuständigkeit eines anderen Reha-Trägers ist gegeben, wenn

- die Leistung im Zusammenhang mit
 - einer Berufskrankheit (Berufsgenossenschaft)
 - einem Arbeitsunfall (Berufsgenossenschaft)
 - einem anerkannten Kriegsleiden (Versorgungsamt) steht oder
- die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (§ 9 SGB VI i. V. m. § 10 SGB VI).

5. Antragsverfahren/Leistungsentscheidung

5.1. Allgemeines

Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, nach dem Recht der Arbeitsförderung sowie in der sozialen Pflegeversicherung werden auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt. (§ 19 SGB IV)

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden auf Antrag der Versicherten erbracht. (§ 2 Abs. 5 Reha-RL i. V. m. § 19 Satz 1 SGB IV)

Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch zwischen Versichertem und dem Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der GKV notwendig sind und der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet der Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut mit Zustimmung des Versicherten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf dem Verordnungsformular Muster 61 Teil B bis D. Die medizinische Indikation ist transparent und nachvollziehbar vom Vertragsarzt auf dem Vordruck 61 darzulegen.

5.2. Fallbearbeitung

Folgende Prüfungen sind vorzunehmen:

- versicherungsrechtliche Voraussetzungen
- persönliche Voraussetzungen
- leistungsrechtliche Voraussetzungen
- medizinische Voraussetzungen

Sind die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt, sind die leistungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen zu prüfen.

5.3. Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen

Diese Prüfung ist vorzunehmen unter Beachtung

- des gestuften Versorgungssystems der Rehabilitation
kurative Behandlung → ambulante/stationäre Vorsorge → ambulante Reha → stationäre Reha
- der Zuweisungskriterien für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme
- der zeitlichen Voraussetzung für die Wiederholung der Maßnahme
- der Zuständigkeit des Reha-Trägers.

Individuelle Voraussetzungen einer ambulanten Rehabilitation

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation

- über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität verfügen und
- die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können.
- Die häusliche Versorgung des Rehabilitanden muss sichergestellt sein.

Individuelle Voraussetzungen einer mobilen Rehabilitation

Rehabilitationsleistungen müssen so ausgerichtet sein, dass sie die rehabilitationsbedürftigen alten Menschen tatsächlich erreichen, von ihnen akzeptiert werden und die Kontextfaktoren mit einbeziehen. Die mobile Rehabilitation kommt dabei insbesondere für eine Gruppe rehabilitationsbedürftiger geriatrischer Patienten in Betracht, deren Rehabilitationsprognose nur in der gewohnten oder ständigen Wohnumgebung positiv einzuschätzen ist, z. B. weil sie unter kognitiven Einschränkungen leiden oder in besonderem Maße auf die Mitwirkung und Unterstützung der Angehörigen/Bezugspersonen oder die Bedingungen des gewohnten oder ständigen Wohnungsumfeldes angewiesen sind.

Siehe auch:

[Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation](#)

Individuelle Voraussetzungen einer Anschlussrehabilitation

Voraussetzungen, die speziell für eine AR erfüllt sein müssen, sind:

- abgeklungene Akutphase (z. B. nach einem Herzinfarkt),
- bei vorangegangenen Operationen abgeschlossene Wundheilung,
- erfolgte Frühmobilisierung,
- Selbsthilfefähigkeit, d. h. der Patient soll in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen, sich anzuziehen, die Toilette zu benutzen usw.,
- zumindest begrenzt Gehfähigkeit (gegebenenfalls mit Hilfsmitteln) sowie
- Transportfähigkeit

Dabei ist einzuräumen, dass die Selbsthilfefähigkeit und Gehfähigkeit bei geriatrischen Patienten aufgrund einer schon länger bestehenden Multimorbidität eingeschränkt sind und diese nicht unbedingt die erforderlichen Zugangsvoraussetzungen für eine geriatrische AR darstellen.

Diese Informationen enthält die Anlage zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation – Ärztlicher Befundbericht.

5.4. Prüfung der medizinischen Voraussetzungen

Das gestufte Versorgungssystem der Rehabilitation „ambulant vor stationär“ ist einzuhalten.

Die Notwendigkeit von stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen (§ 275 Abs. 2 SGB V). Die Prüfung erfolgt unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben

- vor Bewilligung und
- regelmäßig bei beantragter Verlängerung.

Der Umfang und die Auswahl der MDK-Stichprobenprüfung ist in der [“Richtlinie MDK- Stichprobenprüfung“](#) geregelt.

6. Auswahl der Einrichtung

Nach § 40 Abs. 2 SGB V erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht.

Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen (§ 8 SGB IX).

Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.

Die AOK Nordost bestimmt über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles. Sie entscheidet ebenfalls über die Rehabilitationseinrichtung. (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V)