

LEI

# **Arbeitsanleitung**

**Nummer: 028**

**Vorsorge und Rehabilitation**

**Stand: 26.06.2020**

*Wegen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die Ausweisung der weiblichen, männlichen und diversen Form verzichtet. Gemeint ist jedoch stets die weibliche, männliche und diverse Form.*

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. VORSORGELEISTUNGEN</b> .....	<b>4</b>
1.1 AMBULANTE MEDIZINISCHE VORSORGELEISTUNGEN AN EINEM STAATLICH ANERKANNTEN KURORT (§ 23 Abs. 2 SGB V)	4
1.1.1 <i>Ambulante Vorsorgeleistungen als Kompaktkur</i> .....	4
1.1.2 <i>Voraussetzungen und Bearbeitung</i> .....	4
1.1.3 <i>Ambulante Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder</i> .....	5
1.2 STATIONÄRE MEDIZINISCHE VORSORGELEISTUNGEN IN EINER ANERKANNTEN VORSORGE-EINRICHTUNG, MIT DER EIN VERTRAG NACH § 111 SGB V BESTEHT (§ 23 Abs. 4 SGB V) .....	5
1.3 STATIONÄRE MEDIZINISCHE VORSORGELEISTUNGEN FÜR MÜTTER UND VÄTER IN EINER EINRICHTUNG DES MÜTTERGENESUNGSWERKS ODER EINER GLEICHARTIGEN EINRICHTUNG (§ 24 SGB V).....	6
<b>2. REHABILITATION</b> .....	<b>8</b>
2.1 STATIONÄRE MEDIZINISCHE REHABILITATIONSLEISTUNGEN FÜR MÜTTER UND VÄTER IN EINER EINRICHTUNG DES MÜTTERGENESUNGSWERKS ODER EINER GLEICHARTIGEN EINRICHTUNG (§ 41 SGB V) .....	8
2.2 AMBULANTE MEDIZINISCHE REHABILITATIONSLEISTUNGEN IN REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN, MIT DENEN EIN VERSORGUNGSVERTRAG NACH § 111c SGB V BESTEHT UND IN WOHNORTNAHEN EINRICHTUNGEN (§ 40 Abs. 1 SGB V) .	9
<b>2.3 MOBILE REHABILITATION</b> .....	<b>9</b>
DIE MOBILE REHABILITATION RICHTET SICH AN VERSICHERTE, BEI DENEN REHABILITATIONSFÄHIGKEIT UND EINE POSITIVE REHABILITATIONSPROGNOSE NUR FÜR DAS GEWOHNTE ODER STÄNDIGE WOHNUMFELD FESTGESTELLT WERDEN KÖNNEN. ....	9
2.4 ANSCHLUSSREHABILITATION (AHB) – (§ 40 Abs. 6 SGB V).....	10
<b>2.5 GERIATRISCHE REHABILITATION</b> .....	<b>12</b>
2.5.1 <i>AMBULANTE GERIATRISCHE REHABILITATION</i> .....	12
2.5.2 <i>STATIONÄRE GERIATRISCHE REHABILITATION</i> .....	13
2.6 FRÜHREHABILITATION .....	13
2.7. NACHSORGEMAßNAHMEN NACH COCHLEAR-IMPLANT-OP .....	16
2.8 STATIONÄRE MEDIZINISCHE REHABILITATIONSLEISTUNGEN IN EINER NACH § 20 Abs. 2 a SGB IX ZERTIFIZIERTEN REHABILITATIONSEINRICHTUNG, MIT DER EIN VERSORGUNGSVERTRAG NACH § 111 SGB V BESTEHT (§ 40 Abs. 2 SGB V)	17
<b>2.9 REHABILITATION ABHÄNGIGKEITSKRANKER</b> .....	<b>19</b>
2.10. REHABILITATION PSYCHISCH KRANKER UND BEHINDERTER MENSCHEN .....	22
<b>3. GLEICHRANGIGKEIT BEI SONSTIGEN LEISTUNGEN ZUR TEILHABE</b> .....	<b>23</b>
3.1 CA-NACH- UND FESTIGUNGSKUREN (§ 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) .....	23
3.2 LEISTUNGEN ZUR KINDERREHABILITATION (§ 15a SGB VI) .....	24
3.3 <i>Familienorientierte Rehabilitation FOR</i> .....	25
3.3.1 <i>Verfahrensabsprache zu Anträgen der „Familienorientierten Rehabilitation“</i> .....	25
3.3.2 <i>Ansprechpartner bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) für die FOR</i> .....	25
3.3.3 <i>Zugangswege zur FOR und Begutachtung</i> .....	25
<b>4. 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 (RICHTLINIE MDK-STICHPROBENPRÜFUNG) VOM 02.07.2008</b> .....	<b>26</b>
<b>5. LEISTUNGSINTERVALLE</b> .....	<b>27</b>
<b>6. INDIKATIONEN FÜR DIE ERHEBUNG DER VERMINDERTEN ZUZAHLUNG GEM. § 40 ABS. 7 SGB V BEI AMBULANTEN UND STATIONÄREN REHABILITATIONSMAßNAHMEN VOM 16.10.1997 I. D. F. V. 01.01.2004</b> .....	<b>28</b>
<b>7. WUNSCH- UND WAHLRECHT DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN</b> .....	<b>29</b>
<b>8. VORAUSSETZUNGEN FÜR LEISTUNGEN ZUR TEILHABE IN ZUSTÄNDIGKEIT DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG (DRV) NACH DEM SGB VI</b> .....	<b>29</b>

8.1 PERSÖNLICHE VORAUSSETZUNGEN (§ 10 SGB VI).....	29
8.2 VERSICHERUNGSRECHTLICHE VORAUSSETZUNGEN (§ 11 SGB VI) .....	30
8.3 AUSSCHLUSS VON LEISTUNGEN (§ 12 SGB VI).....	31
9. ZUSTÄNDIGKEITSKLÄRUNG, KOORDINIERUNG VON LEISTUNGEN, ERSTATTUNGSANSPRÜCHE, FRISTEN UND GENEHMIGUNGSFIKTION .....	32

## **1. Vorsorgeleistungen**

### **1.1 Ambulante medizinische Vorsorgeleistungen an einem staatlich anerkannten Kurort (§ 23 Abs. 2 SGB V)**

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort sind angezeigt, wenn

- ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichen oder ausgeschöpft und ohne Erfolg durchgeführt worden sind oder
- wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden können (*eingefügt durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 25.07.2015*) oder
- die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint.

#### **1.1.1 Ambulante Vorsorgeleistungen als Kompaktkur**

Ambulante Vorsorgeleistungen können auch als sogenannte „Kompaktkur“ erbracht werden. Die Kompaktkur ist eine interdisziplinäre ambulante Leistung, die unter ärztlicher Verantwortung koordiniert nach einem strukturierten Therapiekonzept in Gruppen mit krankheitsspezifischer Ausrichtung durchgeführt wird.

Wesentliche Merkmale der Kompaktkur sind:

- hohe Therapiedichte
- Behandlung in geschlossenen Gruppen mit max. 15 Teilnehmern
- Konstante Gruppenleitung und
- Interdisziplinäre Qualitätszirkel der Leistungserbringer am Kurort.

#### **1.1.2 Voraussetzungen und Bearbeitung**

- Ausgabe oder Übersendung des Antragsformulars und des Selbstauskunftsbogens an den Versicherten durch KC oder den Fachbereich Medizinische Vorsorge/Rehabilitation (MVR).
- Nach Eingang Antrag + Befundbericht + Ergänzungsbogen Prüfung durch die SSt MVR: Sind die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort ausgeschöpft oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden? Ggf. Vorlage beim MDK.

Bei Bewilligung werden folgende Kosten übernommen:

- Die Kosten des Kurarztes (*der Kurarzt verordnet nach den vertraglichen Regelungen über die kurärztliche Behandlung/Kurarztvertrag auf dem dafür vorgesehenen Verordnungsblatt Heilmittel – auch ortsgebundene und oder kurortspezifische Heilmittel*)
- Die Kosten der Kurmittel/Heilmittel abzüglich 10 € pro Verordnung und 10 % Zuzahlung, die der Versicherte selbst entrichten muss (Belastungsgrenze beachten!)

- 16,00 € Zuschuss (lt. Satzungsregelung, § 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V ab 01.01.2017) pro Tag zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen (Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe, Fahrkosten)

Dauer der Maßnahme:

- grundsätzlich 3 Wochen
- Wird vom Versicherten eine kürzere Dauer beantragt, ist der Fall dem MDK mit der Fragestellung vorzulegen, ob das Vorsorgeziel aus medizinischer Sicht auch in der kürzeren Dauer erreicht werden kann. Unter Berücksichtigung der Empfehlung des MDK ist dann im Einzelfall zu entscheiden.

Bitte beachten Sie die Bearbeitungsfristen nach dem Patientenrechtegesetz nach § 13 Abs. 3a SGB V (GB Info LEI004).

### **1.1.3 Ambulante Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder**

Ambulante Vorsorgeleistungen kommen auch für chronisch kranke Kleinkinder in Betracht.

Definition „chronisch kranke Kleinkinder“:

*Kleinkinder sind Kinder, die das 1. Lebensjahr vollendet und das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Diese sind als chronisch krank anzusehen, wenn sie sich in ärztlicher Dauerbehandlung befinden. Eine Dauerbehandlung liegt vor, wenn mindestens ein Jahr lang ärztliche Behandlung, andere medizinische Behandlungen oder ärztliche Überwachung einer Krankheit oder Therapie durchgeführt wurden und auch zukünftig notwendig sind, die regelmäßige – wenigstens ein Mal im Quartal stattfindende – Kontakte zwischen Patient und Arzt erfordern, um eine ausreichende „Beherrschung“ der vorliegenden Erkrankung (Beschwerdearmut) zu sichern. Zu den chronischen Krankheitsbildern bei Kleinkindern können insbesondere Asthma bronchiale, Allergien, Mukoviszidose und Neurodermitis zählen.*

Zur Vorlage beim MDK ist ein Auszug aus der Patientendatei des behandelnden Kinderarztes anzufordern.

Bei Bewilligung einer ambulanten Vorsorgeleistung für chronisch kranke Kleinkinder wird ein Zuschuss zu den übrigen Kosten (Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Fahrkosten für das Kind inklusive der Begleitperson) in Höhe von 25,00 € (lt. Satzungsregelung, § 23 Abs. 2 Satz 3 SGB V ab 01.01.2017) gezahlt.

Bitte beachten Sie die Bearbeitungsfristen nach dem Patientenrechtegesetz nach § 13 Abs. 3a SGB V (Arbeitsanleitung LEI004).

### **1.2 Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen in einer anerkannten Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht (§ 23 Abs. 4 SGB V)**

Stationäre Vorsorgeleistungen kommen bei Erwachsenen nur mit sekundärpräventiver Zielsetzung in Betracht:

- bei fehlender Durchführbarkeit ambulanter Vorsorgeleistungen am Kurort, z. B. wegen eingeschränkter Mobilität des Versicherten,
- wenn ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort nicht Erfolg versprechend oder ausreichend sind oder

- bei der Notwendigkeit des Struktur gebenden Rahmens einer stationären Einrichtung (personenbezogene Probleme der Orientierung, Motivation) oder der Notwendigkeit engmaschiger ärztlicher Kontrollen (Diabetes mellitus u. a.)

Bei Bewilligung werden folgende Kosten übernommen:

- Kosten der stationären Unterbringung mit Verpflegung; Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen kalendertäglich 10 € Eigenanteil (*grundsätzlich zu entrichten in der Vorsorgeeinrichtung*), (Belastungsgrenze beachten!)
- Fahrkosten abzüglich des gesetzlichen Eigenanteils (*keine Fahrkostenerstattung, wenn die Vorsorgeeinrichtung einen Fahrdienst stellt und dieser nicht in Anspruch genommen wird*)
- Bei stationärer Vorsorgeleistung für Kinder ggf. die Kosten einer Begleitperson und ggf. deren Verdienstausschlag

Dauer der Maßnahme:

- grundsätzlich 3 Wochen
- Wird vom Versicherten eine kürzere Dauer als 3 Wochen beantragt, ist der Fall dem MDK mit der Fragestellung vorzulegen, ob das Vorsorgeziel aus medizinischer Sicht auch in der kürzeren Dauer erreicht werden kann. Unter Berücksichtigung der Empfehlung des MDK ist dann im Einzelfall zu entscheiden.
- Bei Kindern und Jugendlichen beträgt die Dauer grundsätzlich 4 Wochen.

Bitte beachten Sie die Bearbeitungsfristen nach dem Patientenrechtegesetz nach § 13 Abs. 3a SGB V (GB Info LEI004).

### ***1.3 Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung (§ 24 SGB V)***

Leistungen nach § 24 SGB V verfolgen das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken und ggf. bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern im Rahmen stationärer Vorsorgeleistungen durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken und werden durch das Muster 64 eingeleitet. Das Muster wird in der Vertragspraxis vorgehalten.

Die Leistung kann auch in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden. Dabei ist die Indikation der Mutter/des Vaters maßgebend. Begleitkinder können ggf. ebenfalls behandlungsbedürftig sein. Hierfür hat der Arzt das Muster 65 (Ärztliches Attest Kind) auszufüllen. Die Möglichkeit zur Mitaufnahme von Kindern besteht in der Regel bis zum Alter von 12 Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahre. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

Besondere Fälle für die Mitaufnahme von Kindern in der Regel bis zum Alter von 12 Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahre liegen vor, wenn:

- das Kind behandlungsbedürftig ist und seiner Indikation entsprechend behandelt werden kann oder
- zu befürchten ist, dass eine maßnahmenbedingte Trennung von der Mutter/dem Vater zu psychischen Störungen des Kindes führen kann oder

- bei Müttern/Vätern, insbesondere bei allein erziehenden oder berufstätigen Müttern/Vätern, eine belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll oder
- wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des Kindes/der Kinder von der Mutter/ dem Vater unzumutbar ist oder
- das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter/des Vaters nicht anderweitig betreut und versorgt werden und die Durchführung der Leistung für die Mutter/den Vater daran scheitern kann, und die Mitaufnahme des Kindes/der Kinder den Erfolg der Vorsorgemaßnahme der Mutter/des Vaters nicht gefährdet.

Die besonderen Fälle der Mitaufnahme über 12 Jahre sollten individuell geprüft und beurteilt werden, indem eine Stellungnahme des Elternteils eingereicht und durch eine ärztliche Bescheinigung bestätigt wird. Falls notwendig kann durch den MDK die medizinische Notwendigkeit der Begleitperson geprüft werden. In der Regel sind folgende Kontextfaktoren (*die durch die SSt MVR abgeprüft werden können*) (mit)verantwortlich für das Vorliegen von Gesundheitsstörungen bei Müttern oder Vätern:

- allein erziehend, nicht in Lebensgemeinschaft lebend,
- kinderreich,
- Erziehungsschwierigkeiten, mangelnde Erziehungskompetenz,
- gesundheitliche Probleme des Kindes, Behinderung des Kindes,
- Partner-/Eheprobleme,
- Verantwortung für die Pflege von Familienangehörigen,
- psychische und/oder körperliche Erschöpfung durch Mehrfachbelastung Beruf/Kinder/Haushalt/Familie

### **Besonderheit bei Zuständigkeiten von verschiedenen Kassen:**

Es kommt vor, dass die Antragsteller bei unterschiedlichen Krankenversicherungen versichert sind.

### **Folgende Konstellationen können vorkommen:**

- Mutter/Vater ist bei uns und das Kind/ die Kinder bei einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung versichert.
  - Die Anträge müssen separat bei den Kassen gestellt und beurteilt werden. Die Kosten für das Kind/die Kinder werden von der Krankenversicherung der Mutter/Vater nur übernommen, wenn es sich um Begleitkinder handelt. Die Kosten für ein therapiebedürftiges Kind/Kinder werden von der Krankenversicherung des Kindes/der Kinder getragen.
- Mutter/Vater ist bei uns und das Kind/die Kinder bei einer privaten Krankenversicherung versichert.
  - Die Anträge müssen separat bei den Kassen gestellt und beurteilt werden. Die Kosten für das Kind/die Kinder werden von der Krankenversicherung der Mutter/Vater nur übernommen, wenn es sich um Begleitkinder handelt. Die Kosten

für ein therapiebedürftiges Kind/Kinder werden von der Krankenversicherung des Kindes/der Kinder getragen.

- Mutter/Vater ist bei einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung und das Kind/die Kinder bei uns versichert.
  - Die Anträge müssen separat bei den Kassen gestellt und beurteilt werden. Die Kosten für das Kind/die Kinder werden von der Krankenversicherung der Mutter/Vater nur übernommen, wenn es sich um Begleitkinder handelt. Die Kosten für ein therapiebedürftiges Kind/Kinder werden von der Krankenversicherung des Kindes/der Kinder getragen.

Die Krankenversicherung der Mutter/Vater muss über das Ergebnis informiert werden.

Für Leistungen nach § 24 SGB V ist es nicht erforderlich, dass ambulante Behandlungen am Wohnort ausgeschöpft sein müssen.

Die Kostenübernahme/Zuzahlung erfolgt analog den Leistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V.

Während der Leistung besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber nach dem EFZG bzw. Anspruch auf Fortzahlung der Leistungen der Arbeitsagentur gemäß § 146 SGB III.

Bitte beachten Sie die Bearbeitungsfristen nach dem Patientenrechtegesetz nach § 13 Abs. 3a SGB V (GB Info LEI004).

## **2. Rehabilitation**

### ***2.1 Stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung (§ 41 SGB V)***

Die Bearbeitung erfolgt analog der Bearbeitung der stationären Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter.

Die Leistung kann nur erbracht werden, wenn nicht vorrangig eine medizinische Leistung durch die Rentenversicherung in Betracht kommt. Dies ist durch den MDK festzustellen. Sollte eine Leistung durch den Rentenversicherungsträger vorrangig sein, weil Erkrankungen vorliegen, die bereits zu einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, sind die Antragsunterlagen innerhalb der Fristen nach § 14 SGB IX an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiterzuleiten. Dem Antragsteller ist eine Mitteilung über die Weiterleitung und deren Gründe zu erteilen.

Bei Bewilligung der Leistung sind die Kosten analog der stationären Vorsorgeleistungen zu übernehmen.

Die Fahrkosten sind in voller Höhe zu erstatten, ohne Abzug eines Eigenanteils. Weiterhin werden im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation weitere Reisekosten nach § 53 SGB IX übernommen.

Unter weitere Kosten fallen die erforderlichen Kosten für den Gepäcktransport. Erstattet werden die Kosten des Gepäcktransportes von bis zu zwei notwendigen Gepäckstücken, sofern der Transport nicht mit dem privaten Kraftfahrzeug erfolgt.



## **2.2 Ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V besteht und in wohnortnahen Einrichtungen (§ 40 Abs. 1 SGB V)**

Eine ambulante Rehabilitation kann in Betracht kommen, wenn

- das Rehabilitationsziel durch eine ambulante Rehabilitation erreichbar ist,
- eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung des Versicherten nicht erforderlich ist,
- der Versicherte über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität verfügt,
- der Versicherte für die ambulante Leistungserbringung physisch und psychisch ausreichend belastbar ist,
- die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden kann,
- die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld nicht erforderlich ist,
- die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt ist.

Überwiegend handelt es sich um ambulante muskuloskeletale Rehabilitationsmaßnahmen (AMR). Diese sollten durch eine ärztliche Verordnung (Muster 61) eingeleitet werden. Das ambulante Rehabilitationszentrum erstellt einen Behandlungsplan. Der MDK gibt die Anzahl der Behandlungstage vor, für die eine Kostenübernahme erteilt werden kann. In der Regel wird eine Kostenübernahme für 15 Behandlungstage erteilt.

Der Versicherte hat eine Zuzahlung i. H. von 10 € pro Behandlungstag zu leisten.

**Hinweis Fahrkosten:** Bei einigen ambulanten Rehabilitationszentren sind mit der Vergütung für die ambulante Rehabilitation auch die Fahrkosten des Versicherten im Rahmen der Grundpauschale pro Behandlungstag abgegolten. In diesen Fällen rechnet der Versicherte die anfallenden Fahrkosten mit öffentlichen Verkehrsmitteln bzw. dem privaten PKW direkt mit dem Rehabilitationszentrum ab oder nimmt einen ggf. zur Verfügung stehenden Fahrdienst der Rehabilitationseinrichtung in Anspruch. Er erklärt durch seine Unterschrift auf einer entsprechenden Erklärung dem Rehabilitationszentrum gegenüber, dass er über diese Regelung informiert worden ist und zur Kenntnis genommen hat, dass eine zusätzliche Abrechnung der nicht erstatteten Fahrkosten gegenüber der Krankenkasse nicht möglich ist.

## **2.3 Mobile Rehabilitation**

Mobile Rehabilitation ist eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation, die im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld der Rehabilitanden erbracht wird. Dies kann seine Wohnung bzw. die seiner Familie sein oder das Pflegeheim. In Einzelfällen kann die mobile Rehabilitation auch in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung begonnen werden. Auch für die mobile Rehabilitation müssen die Indikationskriterien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfüllt sein. Die mobile Rehabilitation richtet sich an Versicherte, bei denen Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden können.

## **2.4 Anschlussrehabilitation (AHB) – (§ 40 Abs. 6 SGB V)**

**Ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen** können bei bestimmten Indikationen auch als Anschlussrehabilitation (AHB) im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt werden. Der unmittelbare Anschluss gilt auch als gewahrt, wenn der Patient mit ärztlicher Genehmigung nicht verlegt, sondern zunächst entlassen wird und die AHB innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen (vom Patienten nicht selbst zu vertretenden) oder medizinischen Gründen nicht möglich.

### Medizinische Gründe liegen z. B. vor:

- nach Wirbelsäulen- oder Gelenkoperationen
- nach komplizierten Frakturen
- nach bestimmten Herzerkrankungen, wenn noch eine Koronar-Angiographie durchgeführt werden soll
- nach onkologischen Krankheiten in Abhängigkeit von der im Krankenhaus begonnenen Therapie
- bei Wundheilungsstörungen
- bei interkurrenten (hinzukommenden) Erkrankungen

### Andere zwingende Gründe sind z.B.:

- Mangelnde Kapazität der Reha-Einrichtung
- Tod oder lebensbedrohliche Erkrankung eines nahen Angehörigen

In diesen Ausnahmefällen gilt der Anschluss bis zu maximal 6 Wochen noch als gewahrt, wenn ein ursächlicher medizinischer Zusammenhang zwischen der Krankenhausbehandlung und der Anschlussheilbehandlung besteht.

Vom behandelnden Arzt sollte eine Bestätigung der Rehabilitationsfähigkeit vor Antritt der Rehabilitation abgefordert werden.

### AHB-Indikationsgruppen:

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- Krankheiten der Gefäße
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Gastroenterologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Stoffwechselkrankheiten

- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Onkologische Krankheiten
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

Das AHB-Verfahren wird vom Krankenhaus eingeleitet. Der Krankenhausarzt prüft die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit. Der Patient muss

- frühmobilisiert, insbesondere in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen und auf Stationsebene zu bewegen (ggf. mit Hilfsmitteln),
- für effektive rehabilitative Leistungen ausreichend belastbar sein,
- motiviert und aufgrund seiner geistigen Aufnahmefähigkeit und psychischen Verfassung in der Lage sein, aktiv bei der Rehabilitation mitzuarbeiten.

Der Sozialdienst des Krankenhauses sendet den AHB-Antrag des Versicherten und den ärztlichen AHB-Befundbericht an die Krankenkasse. Sollte eine abschließende Beurteilung nicht möglich sein, so müssen von der SSt MVR oder vom MDK selbst noch weitere Unterlagen (KH-Entlassungsbericht, OP-Bericht, usw.) zum MDK angefordert werden, um ggf. eine MDK - Begutachtung einleiten zu können. In diesen Fällen ist das Mitteilungsmanagement (MIMA) zu beachten (GB Info 00117L und 04616L).

*Weitere Bearbeitung wie bei Punkt 2.8*

#### Zuzahlung:

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 € Eigenanteil pro Behandlungstag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr (*Belastungsgrenze beachten!*).

Bei der Berechnung der Zuzahlungsdauer der Anschlussrehabilitation bei wiederholter vollstationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsleistung sind die Tage,

- die innerhalb des aktuellen Kalenderjahres liegen und
- für die eine Zuzahlung wegen einer bereits erfolgten
  - stationären Behandlung (vgl. § 39 Abs. 4 SGB V) oder
  - ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitationsleistung (Träger der Kranken- und Rentenversicherung) zu entrichten war, anzurechnen.

Sofern nach erfolgtem Jahreswechsel die Höchst-Zuzahlungsdauer noch nicht erschöpft ist, ist die noch fehlende Zeit im neuen Kalenderjahr bis zur Erreichung der im einheitlichen Leistungsfall geltenden Höchstzuzahlungsdauer anzuhängen. Der einheitliche Leistungsfall i.S. der Zuzahlungsregelung beginnt bei Anschlussrehabilitationen mit der stationären Krankenhausbehandlung.

Die Zuzahlung wird vom Fachbereich EA direkt vom Versicherten angefordert.

## **2.5 Geriatrische Rehabilitation**

Geriatrie ist das medizinische Fachgebiet für die Alterungsprozesse und die präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Aspekte der Erkrankungen alter Menschen.

Nicht jeder ältere Patient ist ein geriatrischer Patient. Von einem geriatrischen Patienten wird ausgegangen, wenn beide nachfolgend genannten (Identifikations-)Kriterien erfüllt sind:

- geriatritypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter, Abweichungen von diesem Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung).

Das Geriatritypische der Multimorbidität ist eine Kombination der nachfolgend genannten Merkmalkomplexe:

1. Vorhandensein von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten im Sinne eines geriatrischen Syndroms, d.h. Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, Depression, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit, Inkontinenz, u.a.

Typische antragsrelevante Hauptdiagnosen beim geriatrischen Patienten sind:

- Zustand nach Schlaganfall,
  - Zustand nach hüftgelenksnahen Frakturen,
  - Zustand nach operativen Versorgung mit Totalendoprothesen von Hüfte und Knie
  - Zustand nach Gliedmaßenamputation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder diabetischem Gefäßleiden
  - neurologische, kardiopulmonale und muskuloskeletale Erkrankungen wie auch Tumor- und Stoffwechselerkrankungen
2. Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit
  3. Krankheitskomplikationen ( Thrombosen, interkurrente Injektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz u.a.)

### **Formen der geriatrischen Rehabilitation**

Die in den einzelnen Bundesländern nicht einheitlichen vertraglichen Regelungen (Akutgeriatrie im Krankenhaus nach § 108 SGB V, Geriatrie im rehabilitativen Bereich nach § 111 SGB V und Mischstruktur von Einrichtungen nach § 108 und § 111 SGB V unter einem Dach) sind zu beachten.

#### **2.5.1 Ambulante geriatrische Rehabilitation**

Es gelten neben den medizinischen Voraussetzungen folgende individuelle Voraussetzungen für die Durchführung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation:

- Der Rehabilitand muss die für eine ambulante Rehabilitation erforderliche Mobilität besitzen.
- Die Rehabilitationseinrichtung muss in einer zumutbaren Fahrzeit erreichbar sein.

- Die häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden muss sicher gestellt sein.

Eine besondere Form der ambulanten geriatrischen Rehabilitation stellt die **mobile geriatrische Rehabilitation** dar.

Ergänzende Informationen zu den leistungsrechtlichen Voraussetzungen für eine ambulante geriatrische Rehabilitation können der [GB-Info 00518L](#) sowie den in der Anlage der GB-Info befindlichen [Rahmenempfehlungen](#) zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation entnommen werden.

### **2.5.2 Stationäre geriatrische Rehabilitation**

Eine stationäre geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn neben den medizinischen Voraussetzungen,

- Die Kriterien für eine ambulante Rehabilitation nicht erfüllt sind,
- Art und Grad der Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe durch eine ambulante Rehabilitation nicht adäquat behandelt werden können,
- der Rehabilitand immobil ist,
- die Notwendigkeit der zeitweise Herausnahme aus dem sozialen Umfeld besteht,
- die Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger Überwachung besteht.

Die Anträge sollten vom MDK beurteilt werden. Die Empfehlung des Gutachters umfasst, ob

- eine Leistung der geriatrischen oder indikationsspezifischen Rehabilitation indiziert ist,
- die indizierte Leistung stationär oder ambulant durchgeführt werden sollte,
- ggf. eine von der Regeldauer abweichende Dauer in Betracht kommt.

Die Zuzahlung wird analog der Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung berechnet.

### **2.6 Frührehabilitation**

Unter Frührehabilitation versteht man die frühzeitig einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung vor allem von Patienten mit schweren Hirnschädigungen. Frührehabilitation findet in der Regel schon während der stationären Krankenhausbehandlung statt, das bedeutet: **in der frühen Phase der Versorgung**. Frührehabilitation kann bei fortbestehendem individuellem Bedarf auch im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in anderen Einrichtungen fortgesetzt werden, z.B. in Reha-Einrichtungen. Sie soll frühestmöglich Fähigkeiten erhalten oder wieder aufbauen, z.B. Sprechen, Essen und Bewegen. Meist trägt die Krankenkasse die Kosten. Eingeleitet wird eine Frührehabilitation vom Sozialen Dienst des Krankenhauses.

#### Voraussetzungen

Leistungen zur Frührehabilitation sollten zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen. Besonders bei neurologischen Erkrankungen ist Frührehabilitation ein häufiger Bestandteil der Behandlung. Die Frührehabilitation gilt in der neurologischen Rehabilitation als Phase B (Barthel-Index < 25) und Phase C (weitgehend pflegebedürftig, Barthel-Index 30 – 65). Die Einschätzung und Unterscheidung der verschiedenen Phasen wird vom Behandlungsteam des Krankenhauses getroffen und hängt davon ab, wieviel pflegerische Unterstützung der Patient noch benötigt und inwieweit er bei Therapien mitarbeiten kann. In Phase C sollen Aktivitäten des täglichen Lebens trai-

niert werden, da grundsätzlich gilt: Rehabilitation vor Pflege. Beide Formen finden stationär statt.

#### Abgrenzungskriterien zur Anschlussheilbehandlung:

Die Anschlussheilbehandlung zählt zur medizinischen Rehabilitation. Sie findet statt,

1. wenn kein akutmedizinischer Behandlungsbedarf (mehr) besteht und deshalb die Behandlung im Akutkrankenhaus nicht (mehr) notwendig ist. Die Patienten sind bereits frühmobilisiert und selbsthilfefähig.
2. bei Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit.
3. bei positiver Rehabilitationsprognose.

Bei Patienten, für die eine **Frührehabilitation** in Frage kommt, liegen dagegen meist noch schwere Bewusstseinsstörungen und/oder Hirnschädigungen vor. Sie sind voll von pflegerischer Hilfe abhängig und kaum zu kooperativer Mitarbeit fähig.

Eine Frührehabilitation kann demzufolge durchgeführt werden bei

- vordringlich bestehendem akutstationären Behandlungsbedarf und gleichzeitigem Rehabilitationsbedarf.
- erheblich eingeschränkter Rehabilitationsfähigkeit.
- unsicherer Rehabilitationsprognose.

#### Indikationen

Bei folgenden Indikationen kann eine Frührehabilitation angebracht sein:

- Hirnblutungen und Hirninfarkte
- Schädel-Hirn-Trauma
- Schlaganfall
- Schäden des zentralen und peripheren Nervensystems
- Tumore des Gehirns oder des Rückenmarks
- Zustand nach hypoxischen Hirnschädigungen einschließlich Wachkompatienten

#### Aufnahmekriterien in einer Frühreha-Einrichtung

- Abgeschlossene Akutversorgung
- Keine Hirndrucksteigerung
- Operationen sind aktuell nicht erforderlich
- Keine vorliegende Sepsis

- Herz-Kreislauf-System ist im Liegen stabil
- Keine (kontrollierte) Beatmung notwendig

### Aufgaben und Ziele

Die **Aufgaben** der Frührehabilitation sind:

- Mobilisation
- Sprach- und Sprechtherapie
- Kau-, Schluck- und Esstraining
- Förderung der Motorik und Sensorik
- Beratung und gegebenenfalls Anleitung der Angehörigen

Die **Ziele** der Frührehabilitation sind:

- Verhinderung einer Verschlechterung des Gesundheitszustands
- Verbesserung des Gesundheitszustands
- Vermeidung oder Reduzierung der Pflegebedürftigkeit

### Antrag und Kostenträger

Erfolgt die Frührehabilitation **bereits im Krankenhaus**, ist die Krankenkasse der Kostenträger. Erfolgt die Frührehabilitation **in einer spezialisierten Reha-Einrichtung**, muss sie von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden, d.h.: **Vor** Beginn der Maßnahme muss sie beim Sozialversicherungsträger beantragt werden. Die Antragstellung wird in der Regel vom Sozialdienst des Krankenhauses übernommen. Er ist auch Ansprechpartner für die Angehörigen von Patienten.

- In der Regel übernimmt zunächst die Krankenkasse die Kosten der Frührehabilitation. Liegt im Laufe der Frührehabilitation eine positive Erwerbsprognose vor, übernimmt der Rentenversicherungsträger ab diesem Zeitpunkt die Kosten der Maßnahme.
- Die Unfallversicherungsträger zahlen, wenn die Frührehabilitation aufgrund eines Unfallversicherungsfalles (Arbeitsunfall, Wegeunfall) notwendig wird.
- In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers ein.

Bei der **Wahl der Therapieeinrichtung** schlägt der Krankenhausarzt oder Sozialdienst eine spezialisierte Einrichtung vor. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt dies ausdrücklich im Antrag vermerken und möglichst auch begründen. Ergibt das zur Begründung eines Verlängerungsantrages oder bei der Aufnahme durchgeführte Neurologische Reha-Assessment eine positive Erwerbsprognose, ist der Antrag oder Verlängerungsantrag zusammen mit einem entsprechenden Reha-Antrag des Versicherungen und einem aussagefähigen Befundbericht an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiterzuleiten.

Dauer

Die Kosten für die Frührehabilitation in einer **Reha-Einrichtung** werden normalerweise für 3 Wochen übernommen. Eine **Verlängerung** der Frührehabilitation ist möglich, wenn der Arzt die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet und der MDK der Verlängerung zustimmt.

Bitte beachten Sie die Bearbeitungsfristen nach dem Patientenrechtegesetz nach § 13 Abs. 3a SGB V (GB Info LEI004) für die neurologische Frührehabilitation Phase B.

Die Zuzahlung wird analog der Anschlussheilbehandlung beurteilt.

**2.7. Nachsorgemaßnahmen nach Cochlear-Implant-OP**

Das Cochlear Implant (CI) wird eingesetzt, um ertaubte Erwachsene bzw. gehörlosen und ertaubten Kindern Hörempfindungen zu ermöglichen. So kann mit Hilfe des CI die Sinnesfunktion Hören teilweise wiederhergestellt werden. Bereits vorliegende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe können gemindert bzw. drohende Beeinträchtigungen abgewendet werden.

Die Rehabilitation beginnt nach der Ersteinstellung des Sprachprozessors ca. 4-6 Wochen postoperativ. Prinzipiell könne die Rehabilitation ambulant erfolgen, eine Nähe zum Wohnort vorausgesetzt. Bei größerer Entfernung zum CI-Zentrum ist eine stationäre Rehabilitation im Sinne des § 40 Abs. 2 SGB V möglich.

Folgende postoperative Rehabilitationsinhalte werden durchgeführt:

- Medizinische Nachbetreuung
- Weitere Einstellung des Sprachprozessors
- Audiometrische Kontrollen mit geeigneten Hörtests
- Initiales Hör-Sprach-Training
- Psychologische Betreuung
- Sprachtherapeutische Maßnahmen
- Schulung im Umgang mit dem CI-System und im Gebrauch von Zusatzgeräten
- Dokumentation

Bei Kindern ist eine intensive Einbeziehung der Eltern bzw. der entsprechenden Bezugspersonen vorgesehen.

Dauer

Erwachsene werden bei kurzzeitig zurückliegender Ertaubung nach der Erstanpassung des Sprachprozessors bis zu 10 ambulante Rehabilitationseinheiten veranschlagt mit je 120 Minuten. Bei längerer zurückliegender Ertaubung (mehr als 2 Jahre) können nach der Ersteinstellung des Sprachprozessors bis zu 20 Rehabilitationseinheiten erforderlich sein.

Sollten mehr als 20 Behandlungseinheiten beantragt werden, sollte die Kostenübernahme zunächst auf 20 Tage begrenzt und der MDK beauftragt werden.



Bei der Rehabilitation von Kindern sind insgesamt 40 Behandlungstage vorgesehen. Vorgeschlagen wird eine Verteilung auf 20 Behandlungstage im ersten Jahr, 15 Behandlungstage im zweiten Jahr und 5 Behandlungstage im dritten Jahr. Möglich seien Einzeltage oder Blocktherapien von 2,3 oder 5 Tagen.

Bitte beachten Sie die Besonderheit der vereinbarten Dauer mit der Reha-Zentrale Diako in Bremen!

### **2.8 Stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen in einer nach § 20 Abs. 2 a SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht (§ 40 Abs. 2 SGB V)**

#### Voraussetzungen und Bearbeitung:

Die Einleitung, Verordnung und Durchführung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation nach dem SGB V (*außer AHB*) sowie die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenkassen sind in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geregelt.

(Diese finden Sie im Infocenter unter:

[http://10.201.0.13/fileadmin/redaktion/Leistungen/Rehabilitation/Rehabilitationsrichtlinien/Reha-Richtlinie\\_2018-08-04.pdf](http://10.201.0.13/fileadmin/redaktion/Leistungen/Rehabilitation/Rehabilitationsrichtlinien/Reha-Richtlinie_2018-08-04.pdf)).

Mit der Änderung der Reha-RL wurde auch eine Anpassung des Ordnungsformulars – Muster 61 – vorgenommen. Seit dem 01. April 2016 darf nur noch das neue Muster 61 verwendet werden, alte Formulare verlieren ihre Gültigkeit. Das neue Muster 61 ist nicht mehr von der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen. Es ist von den Arztpraxen vorzuhalten.

Das neue Muster 61 besteht aus den Teilen A und B – D. Teil A ersetzt das bisherige Muster 60. Es ist vom Arzt bei Zweifeln, wer der zuständige Rehabilitationsträger ist, bzw. zur Veranlassung einer Beratung des Versicherten durch die Krankenkasse auszufüllen. In diesen Fällen ist ausschließlich Teil A (kompletter Durchschreibesatz) an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse informiert den Vertragsarzt durch Rücksendung des Originals des Teils A. Sofern die Krankenkasse zuständig ist, werden die Vertragsärzte gebeten, auch die Teile B – D des Musters 61 ausgefüllt an die Krankenkasse zu senden. Bei einer aus Sicht des Vertragsarztes unzweifelhaften Zuständigkeit der Krankenkasse kann er künftig jedoch auch direkt die Verordnung, Teile B – D, ausfüllen.

Die Reha-RL gilt nicht für Rehabilitationsleistungen, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Rehabilitationsträger fallen (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) sowie für Anschlussrehabilitation (AHB) und Frührehabilitation.

Bei Eingang des Musters 61 (Teile B bis D) ist in jedem Fall die Unterschrift des Versicherten zum Rehabilitationsantrag auf unserem entsprechenden Antragsformular einzuholen.

Wird innerhalb der Zwei-Wochen-Frist durch die SSt. MVR festgestellt, dass die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gegeben ist, erfolgt die Weiterleitung des Musters 61 (Teile B bis D) zusammen mit dem unterschriebenen Antragsformular des Versicherten. Eine alleinige Weiterleitung des Musters 61 (Teile B bis D) ohne Unterschrift des Versicherten hat nach Möglichkeit nicht zu erfolgen (vgl. GB-Info 06617L).

Bei eigener Zuständigkeit werden das Antragsformular und der Ergänzungsbogen an den Versicherten versandt.

Nach Eingang der ausgefüllten Unterlagen prüft die SSt MVR diese auf Vollständigkeit und Aussagekraft. Ggf. sind vor einer MDK-Vorlage weitere medizinische Unterlagen zu Händen des MDK anzufordern, z. B. Facharztbefunde, KH-Epikrisen, frühere Reha-Entlassungsberichte.

Bitte beachten Sie das Mitteilungsmanagement (MIMA) (GB Info 00117L und 04616L).

Sollten die medizinischen Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitationsleistung erfüllt sein, ist die Kostenübernahme für die Dauer von 3 Wochen vorzugsweise für eine Einrichtung zu erteilen, mit der eine Kooperationsvereinbarung besteht. Die Krankenkasse ist zwar berechtigt, Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V), jedoch hat der Versicherte ein Wunsch- und Wahlrecht, dem zu entsprechen ist, wenn es sich um berechnete Wünsche handelt (§ 8 Abs. 1 SGB IX).

Trifft ein Rehabilitationsträger eine von den Wünschen des Versicherten abweichende Entscheidung, hat er dies im Bescheid zu begründen. Nach der Reha-Richtlinie ist auch der verordnende Vertragsarzt über die Entscheidung der Krankenkasse zu informieren.  
(Weitere Ausführungen finden Sie im Punkt 7)

Bei Bewilligung werden folgende Kosten übernommen:

- Kosten der stationären Unterbringung mit Verpflegung; Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen kalendertäglich 10 € Eigenanteil (*grundsätzlich zu entrichten in der Rehabilitationsklinik*), (Belastungsgrenze beachten!)
- Fahrkosten in voller Höhe (*keine Fahrkostenerstattung, wenn die Rehabilitationsklinik einen Fahrdienst stellt, und dieser nicht in Anspruch genommen wird*)
- Weiterhin werden im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation weitere Reisekosten nach § 53 SGB IX übernommen.

Unter weitere Kosten fallen die erforderlichen Kosten für den Gepäcktransport. Erstattet werden die Kosten des Gepäcktransportes von bis zu zwei notwendigen Gepäckstücken, sofern der Transport nicht mit dem privaten Kraftfahrzeug erfolgt.

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dürfen von den gesetzlichen Krankenkassen nur erbracht werden, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können (§§ 40 Abs. 4 und 41 Abs. 2 SGB V)

### **Begleitperson**

Bei der Durchführung stationärer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. Eine Begleitperson kann hingegen bei geringer Mobilität des Patienten/der Patientin für die An- und Abreise erforderlich sein, auch um gegebenenfalls kostenaufwendige Transportmittel – z.B. Krankenwagen – zu vermeiden.

In Ausnahmefällen kann die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen gemäß § 11 Abs. 3 SGB V notwendig sein, z.B. wenn,

- wegen schwerwiegender psychologischer Gründe eine Trennung des Kindes von der Bezugsperson die Durchführung der medizinisch notwendigen Leistung gefährden würde oder

- der Versicherte wegen Beeinträchtigung der Selbstversorgung einer ständigen Betreuung bedarf, die über das Maß hinausgeht, welches die Einrichtung zu erbringen in der Lage ist oder
- während der Leistung die Einübung/Anleitung der Begleitperson bezüglich therapeutischer Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung technischer Hilfen notwendig ist.

**Bei Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für Kinder kommt eine Begleitperson unter folgenden Voraussetzungen in Betracht:**

- Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, soweit dies aufgrund der Erkrankung bzw. des Verlaufs der Erkrankung nicht kontraindiziert ist.
- Bei Kindern nach dem vollendeten 12. Lebensjahr, soweit dies medizinisch notwendig ist.

## ***2.9 Rehabilitation Abhängigkeitskranker***

Entwöhnungsbehandlungen werden vorwiegend bei sogenannten stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt. Dazu gehören Suchterkrankungen wie Alkohol-, Medikamenten und Drogenabhängigkeit.

Entwöhnungsbehandlungen kommen immer dann in Frage, wenn ein zwanghafter Alkohol- oder Suchtmittelkonsum mit Verlust der Selbstkontrolle und Unfähigkeit zur Abstinenz vorliegt. Sie sind ebenso möglich, wenn Betroffene zunehmend höhere Dosen Alkohol oder andere Suchtmittel zu sich nehmen, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Sie können auch im Anschluss an eine stationäre Entgiftung im Krankenhaus oder im Rahmen einer ambulanten Betreuung durch den Haus- oder Facharzt, Psychiater oder Psychotherapeuten veranlasst werden. Betriebsärzte oder betriebliche Suchtkrankenhelfer können ebenfalls Entwöhnungsbehandlungen empfehlen oder initiieren.

### Leistungsträger

Für die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist der Rentenversicherungsträger zuständig, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und kein gesetzlicher Ausschlussstatbestand (z.B. Beamter) gegeben ist.

Die gesetzliche Krankenkasse ist zuständig, wenn die Zuständigkeit der Rentenversicherung nicht gegeben ist, jedoch die Voraussetzungen der §§ 27 und 40 SGB V erfüllt sind.

### Bearbeitung und Entscheidung des Antrages

Der Sozialdienst des Krankenhauses leitet mit Zustimmung der Patientin/des Patienten das Verfahren nach dem erfolgten qualifizierten Entzug mit folgenden Unterlagen spätestens sieben Tage vor geplanter Beendigung der Krankenhausbehandlung ein:

- Rehabilitationsantrag
- Ärztlicher Befundbericht
- Sozialbericht sowie
- Zusätzlich ein formfreies Deckblatt mit Hinweis „Nahtlosverfahren/EILT“.

Beantragt werden kann eine stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker oder eine Kombinationsbehandlung, die mit der ersten Phase stationär oder ganztägig ambulant beginnt.

Die Bearbeitung sowie die Bescheidung des Antrages sollten schnellstmöglich durch den Rehabilitationsträger innerhalb von maximal 5 Arbeitstagen erfolgen. Besteht die Notwendigkeit der Einschaltung des Medizinischen Dienstes, ist dieser auf die begrenzte Frist hinzuweisen.

Die Bescheidung über den Rehabilitationsantrag (Kostenzusage oder Ablehnung) wird vom Rehabilitationsträger unverzüglich an das Krankenhaus und bei Kostenzusage an die aufnehmende Rehabilitationseinrichtung jeweils unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen übermittelt.

Erfolgt eine Weiterleitung des Antrages nach § 14 SGB IX an einen anderen Leistungsträger, sind die Beteiligten zu informieren.

#### Dauer

<b>Alkohol und Medikamente</b>	
	<b>Zeitkorridor</b>
Stationär	Regelbehandlung 12 – 15 Wochen/ Mindestdauer Erstbewilligung (ME) 6 Wochen  - Kurzzeit 8 Wochen/ ME 8 Wochen - Adaption 11 – 12 Wochen/ ME 12 Wochen - Wiederholungsbehandlung bis zu 10 Wochen - Auffangbehandlung 6 Wochen
Ganztägig ambulant	Tagesklinik 12 Wochen/ ME 6 Wochen - Auffangbehandlung 6 Wochen/ ME 6 Wochen - Wiederholungsbehandlung 8 Wochen/ ME 8 Wochen
Ambulant	- 80 Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppengespräche plus 8 Angehörigengespräche für 12 Monate, einmal verlängerbar um 6 Monate mit 40 + 4 Therapieeinheiten  - ME 40 Therapieeinheiten
<b>Drogen</b>	
	<b>Zeitkorridor</b>
Stationär	Regelbehandlung 26 Wochen/ ME 13 Wochen - Kurzzeit 16 Wochen/ ME 10 Wochen - Adaption 12 – 16 Wochen/ ME 12 Wochen - Auffangbehandlung 10 Wochen/ ME 10 Wochen - Wiederholungsbehandlung 16 Wochen/ ME 10 Wochen
Ganztägig ambulant	Tagesklinik 16 Wochen/ ME 10 Wochen - Wiederholungsbehandlung 10 Wochen/ ME 6 Wochen - Auffangbehandlung 8 Wochen/ ME 8 Wochen
Ambulant	- 80 Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppengespräche plus 8 Angehörigengespräche für 12 Monate, einmal verlängerbar um 6 Monate mit 40 + 4 Therapieeinheiten

	- ME 40 Therapieeinheiten
<b>Nichtstoffgebundene Süchte</b>	
	<b>Zeitkorridor</b>
<b>Pathologisches Glücksspiel</b>	
Stationär	- 8 Wochen stationär bei Durchführung der Rehabilitation in einer psychosomatischen Einrichtung,  - 8 – 15 Wochen bei Rehabilitation in einer Suchteinrichtung oder Suchtabteilung (abhängig vom dort abgestimmten Konzept)/ ME 8 Wochen
Ambulant	- 80 Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppengespräche plus 8 Angehörigengespräche für 12 Monate, einmal verlängerbar um 6 Monate mit 40 + 4 Therapieeinheiten  - ME 40 Therapieeinheiten
<b>Computer und Internet</b>	
Stationär	Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet  - 8 – 12 Wochen stationär/ ME 8 Wochen
<b>Kombinationsbehandlung (Kombibehandlung)</b>	
<b>Substanzen</b>	<b>Zeitkorridore</b>
<b>Alkohol und Medikamente</b>	8 Wochen stationär/ ganztägig ambulant/ ME 4 Wochen
<b>Drogen</b>	16 Wochen stationär/ ganztägig ambulant/ ME 10 Wochen
<b>Alle Suchtmittel</b>	anschließend 40 Therapieeinheiten für 26 Wochen ambulant/ ME 40 Therapieeinheiten

Ein Wechsel zwischen den Rehabilitationsformen während des Rehabilitationsverlaufes sowie Kombinationstherapien (z.B. ambulant/stationär/ambulant oder stationär/ambulant) sind möglich.

#### Verlegung in die Rehabilitationseinrichtungen und Reisekosten

Aus medizinischer Sicht ist die Notwendigkeit einer begleiteten Anreise zur stationären Rehabilitationseinrichtung generell zu unterstellen. Eine begleitete Anreise liegt insbesondere vor, wenn die Patienten bei der Anreise von einer Mitarbeiterin/ einem Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung oder einer Suchtberatungsstelle begleitet wird. Alternativ ist auch eine Begleitung durch Angehörige der Suchtselbsthilfe möglich.

Reisekosten für die Patienten und deren notwendigen Begleitpersonen im Zusammenhang mit der Verlegung werden im Rahmen der gesetzlichen Regelungen nach § 53 SGB IX (ab 01.01.2018 § 73 SGB IX) übernommen. Dies schließt einen für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstaussfall der Begleitperson ein. Werden Patienten durch Mitarbeiter von Rehabili-

tationseinrichtungen oder Suchtberatungsstellen begleitet, entsteht kein Verdienstaussfall. Die Fahrten erfolgen in der Regel mit PKW, jedoch nicht mit Taxi oder Krankentransportfahrzeugen.

Bitte beachten Sie die Handlungsempfehlungen der DRV, der GKV und der DKG [„Nahlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“](#).

### Adaption

Bei der Mehrzahl der Drogenabhängigen, bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen, je nach Lage des Einzelfalles, ist zur Erreichung der Rehabilitationsziele im Anschluss an die Entwöhnungstherapie (Phase 1) ein weiterer Behandlungsbedarf gegeben. Die Adaption (Phase 2) dient der Öffnung nach außen. Es soll unter weitestgehend realen Alltagsbedingungen erprobt werden, ob Rehabilitanden abstinenter den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen sind.

Kostenträger sind der Deutsche Rentenversicherungsträger oder die ortsgebundenen Sozialhilfeträger.

## **2.10. Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen**

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) bieten Leistungen zur Teilhabe an, für die die Zuständigkeit mehrerer Leistungsträger in Betracht kommt. Sie sind möglichst wohnortnahe Einrichtungen mit einem spezifischen therapeutischen Milieu, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer integrierten Komplexleistung durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung und Verantwortung vorhalten.

Der Antrag ist vor Einleitung der beabsichtigten medizinischen Rehabilitation bei dem voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger zu stellen. Es gilt das Verfahren nach § 14 SGB IX.

### Zwischenbericht

Die RPK erstellt jeweils nach Ablauf von drei Monaten, jedoch spätestens zwei Wochen vor Ablauf des Bewilligungszeitraums, bei besonderer Aufforderung auch früher, einen Zwischenbericht über die bisher durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse. Dieser Zwischenbericht enthält eine ausführliche Stellungnahme über die Rehabilitationsfähigkeit des Rehabilitanden sowie insbesondere eine Prognose über den weiteren Rehabilitationsverlauf und die Erwerbsfähigkeit.

### Weiteres Verfahren bei RPK

Bei Einleitung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den KV-Träger überprüft dieser nach Vorliegen des Zwischenberichts und nach Einholung eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes seine Leistungszuständigkeit. Hält er die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen der RV für gegeben, leitet er den Antrag mit allen Gutachten umgehend an den zuständigen RV-Träger weiter und macht einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ab dem Datum des Zwischenberichtes geltend.

Der RV-Träger entscheidet sodann innerhalb von zwei Wochen darüber, ob die Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI erfüllt sind und teilt dies dem KV-Träger mit. Liegen die Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI nicht vor, entscheidet der KV-Träger darüber, ob die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter den Voraussetzungen der §§ 11 i.V.m. 40 SGB V weitergeführt werden können. Der RV-Träger entscheidet ggf. über die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenantrag gem. § 116 SGB VI.

Wird die Leistung zur Teilhabe bei der RV eingeleitet, gilt die soeben beschriebene Verfahrensweise analog. Bei Weiterleitung des Antrages durch die RV prüft also der KV-Träger innerhalb von zwei Wochen, ob die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 11 i.V.m. 40 SGB V vorliegen und teilt das Ergebnis dem RV-Träger mit. Sofern die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung durch die KV nicht gegeben sind, wird der RV-Träger die Leistung beenden.

Bitte beachten Sie die [RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung](#).

### **3. Gleichrangigkeit bei sonstigen Leistungen zur Teilhabe**

Die Ca-Nach- und Festigungskuren und die stationären Kinderheilbehandlungen sind rechtlich gleichrangig mit den entsprechenden Leistungen in der GKV.

**Das bedeutet, dass der erstangegangene Leistungsträger zuständig ist.**

#### **3.1 Ca-Nach- und Festigungskuren (§ 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI)**

Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen werden von den Rentenversicherungsträgern für Versicherte, Bezieher einer Rente sowie deren selbst nicht oder nicht ausreichend versicherte Angehörige erbracht, also auch für Kinder.

Bis zum 13.12.2016 waren die Leistungen zur onkologischen Rehabilitation im § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI verankert.

Die Prüfung der medizinischen Voraussetzungen für die Bewilligung einer Ca-Nach- und Festigungskur orientiert sich in der Rentenversicherung an den Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen. Derzeit werden die Richtlinien noch von der Deutschen Rentenversicherung überarbeitet, sodass weiterhin die Ca-Richtlinien vom 04.07.1991 i.d.F. vom 09.05.2001 anzuwenden sind ([Ca-Richtlinien](#)).

Die gemeinsamen Ca-Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung sehen vor, dass eine Leistung nur erbracht werden kann, wenn die Diagnose geklärt, die Behandlung abgeschlossen und eine ausreichende Belastbarkeit gegeben ist. Die persönlichen Voraussetzungen sind nicht erfüllt, wenn die Diagnose in Präcancerosen (Anfangsstadium jeden Carcinoms, Gewebsveränderung) und grundsätzlich bei Ca in situ (von seiner Zellbeschaffenheit her bösartiger, jedoch örtlich begrenzter Tumor, der langsam wächst) vorliegt.

Die Leistungen werden bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung gewährt. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeten Primärbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

Darüber hinaus müssen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach SGB VI erfüllt sein.

Onkologische Nachsorgeleistungen sind von der Deutschen Rentenversicherung ausgeschlossen, wenn:

1. Versicherte eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist.
2. Als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersrente versicherungsfrei sind.
3. Aufgrund einer Berufskrankheit bzw. eines Arbeitsunfalles oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können.

4. Versicherte sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel befinden oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind.

### **3.2 Leistungen zur Kinderrehabilitation (§ 15a SGB VI)**

Mit dem Flexirentengesetz wurden für die Rentenversicherung die Leistungen zur Kinderrehabilitation, die im § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI als Ermessensleistungen geregelt waren, aus § 31 SGB VI herausgelöst und in § 15a SGB VI als Pflichtleistung normiert.

Um eine einheitliche Rechtsanwendung durch alle Rentenversicherungsträger sicherzustellen, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem BMAS die „Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation ([Kinderreha-Richtlinie](#)) vom 28. Juni 2018“ erlassen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder von Versicherten, von Beziehern einer Altersrente oder Beziehern einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und für Kinder, die eine Waisenrente beziehen, werden von der Rentenversicherung erbracht, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

#### Begriff „Kind“ und Altersgrenzen

Als Kinder gelten leibliche Kinder, in den Haushalt aufgenommene Stief- und Pflegekinder sowie in den Haushalt aufgenommene Enkel und Geschwister von Versicherten oder Rentenbeziehern. Auch Kinder, die eine Waisenrente beziehen, können eine Kinderrehabilitation erhalten.

Eine Kinderrehabilitation gemäß § 15a SGB VI ist grundsätzlich bis zum 18. Geburtstag des Kindes möglich. Bis zum 27. Geburtstag ist unter anderem für Jugendliche eine Kinderrehabilitation möglich, die:

- sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst leisten oder
- sich wegen einer Behinderung nicht selbst unterhalten können.

#### Rehabilitationsbedürftigkeit

Der nach der bis zum 30.06.2018 geltenden Kinderreha-Richtlinie angewandte Indikationskatalog ist entfallen.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht nunmehr bei Vorliegen

- einer chronischen Krankheit,
- einer beeinträchtigten Gesundheit oder
- einer erheblichen Gesundheitsgefährdung,

die in Abhängigkeit von Funktionsstörungen und Kontextfaktoren in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann.



## Einschränkungen und Besonderheiten in den Leistungsmöglichkeiten der gesetzlichen Rentenversicherung

Zu den Leistungen, die auch weiterhin von den Leistungsmöglichkeiten der gesetzlichen Rentenversicherung im Bereich der Kinderrehabilitation nicht umfasst werden, gehören beispielsweise

- Eltern-Kind-Maßnahmen nach §§ 23, 24 und 41 SGB V (ausschließlich GKV-Leistungen),
- Leistungen der Früherkennung und Frühförderung (nach § 15 Abs. 1 S. 1 SGB VI ausgeschlossen),
- Neurologische Rehabilitation in der Phase C für Kinder und Jugendliche

Mit den folgenden Leistungsbegehren sind Besonderheiten verbunden:

- Anschlussrehabilitation (AHB):  
Es wird keine Kinder-AHB nach den Vorgaben zur Direkt- bzw. Schnelleinleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Zusammenhang mit dem AHB-Indikationskatalog der Rentenversicherung erbracht. Es können jedoch grundsätzlich auch für Kinder und Jugendliche im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen. Diese werden im Antragsverfahren geprüft, zählen für die Rentenversicherung aber nicht als AHB.
- Rehabilitation psychisch Kranker (RPK):  
Grundsätzlich bestehen keine Bedenken mehr, Leistungen zur Kinderrehabilitation nach § 15a SGB VI auch in einer RPK-Einrichtung durchzuführen, sofern ein entsprechendes Konzept vorliegt, das die Teile der medizinischen und beruflichen Rehabilitation getrennt ausweist und eine ggf. getrennte Kostenträgerschaft auslöst.
- Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen:  
Stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen können nicht in den der Rentenversicherung zur Verfügung stehenden psychosomatischen Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche behandelt werden. Es können jedoch Einrichtungen in Betracht kommen, die von der Krankenversicherung in Anspruch genommen werden, sofern deren Konzepte und Strukturen auf die Rehabilitationsziele und Anforderungen der RV angepasst wurden.

### **3.3 Familienorientierte Rehabilitation FOR**

#### **3.3.1 Verfahrensabsprache zu Anträgen der „Familienorientierten Rehabilitation“**

#### **3.3.2 Ansprechpartner bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) für die FOR**

#### **3.3.3 Zugangswege zur FOR und Begutachtung**

Die familienorientierte Rehabilitation von schwerst chronisch kranken Kindern (z. B. Mukoviszidose, bösartige Bluterkrankungen, (Herz-)Transplantationen) wird in der Regel vom behandelnden Akutkrankenhaus mit einem ärztlichen Bericht angeregt. Darin ist zur Rehabilitationsbedürftigkeit und Indikation für eine FOR Stellung zu nehmen, die Rehabilitationsfähigkeit und das Rehabilitationspotenzial zu beurteilen und das Rehabilitationsziel zu beschreiben. Die Antragstellung erfolgt durch die Eltern oder einen Elternteil entweder bei der Krankenkasse oder dem zuständigen Rentenversicherungsträger.

Aus gutachterlicher Sicht des MDK kann bei der schweren, meist lebensbedrohlichen, Erkrankung des Kindes davon ausgegangen werden, dass die ganze Familie stark psychisch belastet und wahrscheinlich auch vorsorgebedürftig ist. Sie soll in der Rehabilitationseinrichtung des betroffenen Kindes in der familiären Interaktion und im Umgang mit der Krankheit geschult werden. Eine Begutachtung der Familienmitglieder wird bei den meist fehlenden Anträgen (Vorsorge/Rehabilitation) durch den MDK in der Regel nicht durchgeführt.

Je nach den vorliegenden Unterlagen wird im Gutachten auf die begleitenden Familienangehörigen eingegangen.

#### **4. 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 ([Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung](#)) vom 02.07.2008**

Nach der Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung hat die Krankenkasse jeden 4. Antrag auf medizinische Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V in der Reihenfolge des Eingangs durch den MDK prüfen zu lassen. Ausnahmen von der Stichprobenprüfung sind in den §§ 3 und 4 der Richtlinie beschrieben.

Die vom MDK zu prüfenden Fälle sind zu dokumentieren. Zu diesem Zweck wurde im Laufwerk G unter Gesundheitsleistungen/MVR eine Tabelle eingerichtet, in die die Posteingänge aller in § 1 der Richtlinie genannten Anträge einzutragen sind. Die Eintragung hat durch den Fachbereich Medizinische Vorsorge/Rehabilitation (MVR) und die SSt Ausland jeweils für die Fälle ihrer Zuständigkeiten zu erfolgen. Die entsprechenden Checkboxen müssen nur für jeden 4. Fall gefüllt werden. Liegt ein Ausnahmetatbestand vor, ist dieser zu kennzeichnen. Eine MDK-Vorlage ist dann nicht zwingend erforderlich, kann aber erfolgen, wenn es für erforderlich gehalten wird (dann ist ein Haken bei MDK-Vorlage zu setzen).

Unabhängig von dieser Mindestregelung können dem MDK auch weitere Fälle zur Begutachtung vorgelegt werden.

Ausnahmen von der Stichprobenbegutachtung sind in den §§ 3 und 4 der Richtlinie geregelt.

Ausnahmen von der Prüfung in Stichproben sind:

1. **Anschlussrehabilitation** – Sofern im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung eine ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 1 oder 2 SGB V erforderlich ist.
2. **Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche** – Sofern für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen beantragt werden.
3. **Disease-Management-Programm (DMP)** – Bei Leistungsanträgen von Versicherten, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) der Krankenkassen teilnehmen, wenn die antragsrelevante Diagnose im Zusammenhang mit dem DMP steht.
4. **Integrierte Versorgung** – Bei Rehabilitationsanträgen von Versicherten kann von einer Begutachtung abgesehen werden, sofern die Integrationsverträge die Rehabilitation mit einschließen.
5. **Begutachtung von Verlängerungsanträgen** – wenn a) wegen der Schwere der Krankheitsauswirkungen das Rehabilitationsziel noch nicht erreicht wurde oder b) die Rehabilitation in Folge einer interkurrenten (anderen/hinzugetreten) Erkrankung unterbrochen werden musste und die beantragte Verlängerung **eine Woche** nicht übersteigt.

## 5. Leistungsintervalle

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können nicht vor Ablauf von 3 Jahren nach Durchführung (Maßnahmenende) solcher oder ähnlicher Leistungen (*Maßnahmen mit der gleichen Zielsetzung*) erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

Eine Frist von 4 Jahren gilt für

- Stationäre Vorsorgeleistungen
- Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie
- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Kuren

Auf die Frist anzurechnende Maßnahmen innerhalb der Vorsorge sind:

- Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V)
- Stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 4 SGB V)
- Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Kuren (§ 24 Abs. 1 SGB V)
- Sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 und 4 SGB VI
- Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung (§ 11 Abs. 2 BVG und § 12 Abs. 4 BVG)
- Vorsorgeleistungen im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII)

Nicht anzurechnen wegen ihrer unterschiedlichen Zielsetzung sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Auf die Frist anzurechnende Maßnahmen innerhalb der Rehabilitation sind:

- Ambulante Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V)
- Stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V)
- Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 1 SGB V)
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI
- Sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI und § 15a SGB VI (*Ca-Nach- und Festigungskuren und Kinderheilbehandlungen über den Rentenversicherungsträger*)
- Stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen nach § 33 SGB VII (*Unfallversicherung*)

- Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung (§ 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG und § 12 Abs. 1 BVG)
- Leistungen nach § 48 SGB XII

Nicht anzurechnen wegen ihrer unterschiedlichen Zielsetzung sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge.

## **6. Indikationen für die Erhebung der verminderten Zuzahlung gem. § 40 Abs. 7 SGB V bei ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen vom 16.10.1997 i. d. F. v. 01.01.2004**

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine Anschlussrehabilitation (AHB) durchführen, haben eine Zuzahlung für längstens 28 Tage je Kalenderjahr zu leisten. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits für eine Krankenhausbehandlung sowie an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zuzahlung sind darauf anzurechnen (§ 40 Abs. 6 SGB V). Gleiches gilt für die Indikationen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) festgelegt hat, ohne dass es sich um AHB handelt.

Die verminderte Zuzahlung ist für längstens 28 Behandlungstage zu erheben bei

- Entwöhnungsbehandlungen wegen einer Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
- Rehabilitationsmaßnahmen wegen einer psychischen Erkrankung mit Ausnahme von neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen
- geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen (Voraussetzung ist, dass eine komplexe Maßnahme in einer Einrichtung für geriatrische Rehabilitation durchgeführt wird und die Indikation für eine geriatrische Rehabilitation vorliegt. Geriatrische Patienten sind insbesondere gekennzeichnet durch folgende Merkmale: höheres Lebensalter, multiple Fähigkeitsstörungen (Funktionseinschränkungen), Multimorbidität, Multimedikation, Vorliegen einer depressiven Symptomatik mit Auswirkungen auf mehrere ADL-Bereiche (Aktivitäten des täglichen Lebens, s. Barthel-Index), hirnorganisch bedingte Einschränkungen des kognitiven Leistungsvermögens, drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit, psychosoziale Probleme)
- Rehabilitationsmaßnahmen, die aus medizinischen Gründen (Schwere und Chronizität der Erkrankung) vor Ablauf der 4-Jahresfrist dringend erforderlich sind und in einem medizinischen Zusammenhang zueinander stehen.

Die verminderte Zuzahlung ist ebenfalls zu entrichten, wenn

- die ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die besonderen Voraussetzungen der Anschlussrehabilitation (medizinischer Zusammenhang/Fristeinhaltung) erfüllt sind
- die ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an eine ambulante Operation durchgeführt wird und die besonderen Voraussetzungen der Anschlussrehabilitation (medizinischer Zusammenhang/Fristeinhaltung) erfüllt sind
- die ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage dauert.

## 7. Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

Durch das SGB IX, das am 01.07.2001 in Kraft getreten ist, und das für alle in § 6 genannten Rehabilitationsträger gilt, wurde den leistungsberechtigten Versicherten in § 9 bei der Beantragung von Leistungen zur Teilhabe ein stärkeres Wunsch- und Wahlrecht eingeräumt. Dieses wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), das am 23.07.2016 in Kraft getreten ist, noch erweitert. Danach ist bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen. Dabei ist im Einzelfall auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht zu nehmen.

Seit dem 01.01.2018 ist das Wunsch- und Wahlrecht im § 8 SGB IX verankert.

Der Krankenkasse obliegt zwar im Einzelfall bei der Kostenübernahme von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen weiterhin die Bestimmung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie der Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung, sie hat jedoch dabei das Wunsch- und Wahlrecht zu beachten. Wenn der Rehabilitationsträger den Wünschen des Leistungsberechtigten nicht entspricht, hat er das durch schriftlichen Bescheid zu begründen.

Die Wünsche müssen angemessen sein. Das bedeutet, dass bei der Auswahl zwischen zwei oder mehreren in gleicher Weise geeigneten, das gleiche Leistungsangebot wie die Wunscheinrichtung des Versicherten bereithaltenden Einrichtungen, nur dann dem Wunsch entsprochen werden kann, wenn deren Vergütungssätze in einem angemessenen Verhältnis zu denen einer gleichermaßen geeigneten Vergleichseinrichtung stehen. Sollte dies nicht der Fall sein, sind dem Versicherten entsprechende Einrichtungen schriftlich anzubieten. Hält er dennoch an der Wunscheinrichtung fest, sind ihm die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Erstattung aufzuerlegen.

## 8. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe in Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) nach dem SGB VI

Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach dem SGB VI erfüllt sind.

### 8.1 Persönliche Voraussetzungen (§ 10 SGB VI)

- (1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,
  - a. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
  - b. bei denen voraussichtlich
    - i. bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
    - ii. bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich

gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,

- iii. bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann oder ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden kann, wenn die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes nach Feststellung des Trägers der Rentenversicherung nicht möglich ist.
- (2) Für Leistungen zur Teilhabe haben auch Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,
- a. die im Bergbau vermindert berufsfähig sind und bei denen voraussichtlich durch Leistungen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder
  - b. 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.

## **8.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI)**

Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung

1. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
2. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die

1. in den letzten 2 Jahren vor der Antragstellung 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,
2. innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung (*Schul- oder Berufsausbildung*) eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
3. vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden an Versicherte auch erbracht,

1. wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
2. wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 5 Jahre (60 Monate).

### **8.3 Ausschluss von Leistungen (§ 12 SGB VI)**

Leistungen zur Teilhabe werden nicht für Versicherte erbracht, die

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts oder wegen eines Einsatzunfalls, der Ansprüche nach dem EinsatzWVG (*Gesetz zur Regelung der Weiterverwendung nach Einsatzunfällen*) begründet, gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers oder Leistungen zur Eingliederung nach dem EinsatzWVG erhalten können,
- eine Rente wegen Alters von wenigstens 2/3 der Vollrente beziehen oder beantragt haben,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind,
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird, oder
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach § 126 a Abs. 1 StPO (*Strafprozessordnung*) untergebracht sind. Dies gilt nicht für Versicherte im erleichterten Strafvollzug bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Das BSG (*Bundessozialgericht*) hat in zwei Urteilen am 22.06.2010 klargestellt, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation während der passiven Phase der Altersteilzeit nicht unter den Leistungsausschluss nach § 12 Abs. 1 Nr. 4a. SGB VI fallen. Die Rentenversicherungsträger müssen also auch für diesen Personenkreis diese Leistungen erbringen.

In einem weiteren Urteil vom 02.11.2010 hat das BSG entschieden, dass auch medizinische Leistungen zur Rehabilitation während des Bezuges von Arbeitslosengeld nach § 428 SGB III für Versicherte, die das 58. Lebensjahr vollendet haben (sog. „58´er Regelung“), nicht unter den Leistungsausschluss nach § 12 Abs. 1 Nr. 4a SGB VI fallen.

Lt. Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland vom April 2011 fallen noch folgende Leistungen unter den Ausschluss von Leistungen nach § 12 Abs. 1 Nr. 4a SGB VI:

- Bezug von Altersübergangsgeld nach § 429 SGB III i. d. F. bis 31.12.2003
- Bezug von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus
- Bezug einer Knappschaftsausgleichsleistung
- Bezug einer Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen
- Bezug von Versorgungsleistungen oder Vorruhestandsgeld nach den für Leistungen aus den Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets geltenden Regelungen

- Bezug betrieblicher Versorgungsleistungen, die damit auf die Altersrente hinführen

## **9. Zuständigkeitsklärung, Koordinierung von Leistungen, Erstattungsansprüche, Fristen und Genehmigungsfiktion**

Aufgrund des Bundesteilhabegesetzes sind bei Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Besonderheiten hinsichtlich der Zuständigkeitsklärung, der Koordinierung von Leistungen bei Trägermehrheit sowie der Erstattungsansprüche zwischen den Rehabilitationsträgern zu beachten. Hierzu wird auf die Arbeitsanleitung [LEI030 - Wesentliche Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz zum 01.01.2018](#) verwiesen.

Darüber hinaus hat der Rehabilitationsträger über einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ohne Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes **innerhalb von 3 Wochen nach Antragseingang** und bei Beauftragung des Medizinischen Dienstes **innerhalb von 2 Wochen nach Vorlage des Gutachtens** zu entscheiden.

Die **Rahmenbearbeitungsfrist von 2 Monaten nach Antragseingang** ist zwingend einzuhalten, da bei Fristüberschreitung Genehmigungsfiktion eintritt.

Bezüglich der einzuhaltenden Fristen bei der Antragsbearbeitung und der eintretenden Genehmigungsfiktion bei Überschreitung dieser Fristen beachten Sie bitte neben der Arbeitsanleitung LEI030 auch die [Arbeitsanleitung LEI004 - Bearbeitungsfristen § 13 Abs. 3a SGB V und § 18 SGB IX](#).