

Lernbrief

Geschäftsprozesse
Kundenberatung - rechtliche Prüfung
Entscheidung - Ergebnisse

AOK-Bundesverband

4.19 Teilprozess

**Anträge auf ambulante und stationäre
Maßnahmen zur Rehabilitation
bearbeiten**

Stand: März 2017

Best.-Nr. 1220



Prozesshandbuch, Stand: August 2017

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Autor: Siegfried Wurm, AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartner: Thomas Streißelberger, Tel.: 030 34646-2592

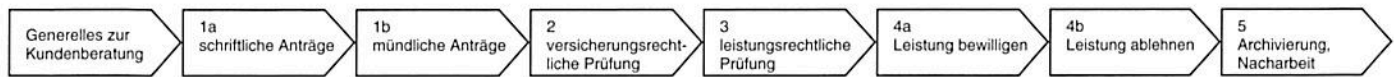
Druck und Vertrieb durch

Bonn & Fries, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus (auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger Genehmigung des Herausgebers gestattet.

Dieses Produkt ist auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

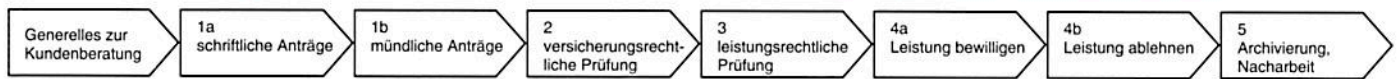
Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



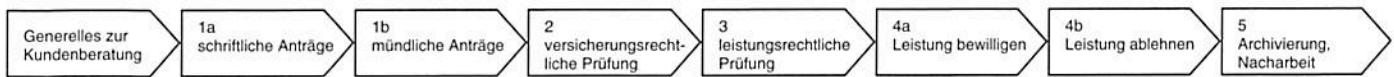
Gliederung

1 Einleitung	4
2 Lernziele	4
3 Allgemeines	5
3.1 Das Nebeneinander von Vorschriften des SGB V und des SGB IX.	6
3.2 Abgrenzung der Rehabilitation zur Vorsorge nach § 20 ff. SGB V.	8
3.3 Abgrenzung der Rehabilitation zur Krankenhausbehandlung	10
3.4 Abgrenzung der Heilmittel zu Rehabilitationsleistungen	10
3.5 Übung zum Lernabschnitt 3	11
4 Medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V	12
4.1 Einleitung von Rehabilitationsleistungen	14
4.2 Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen	17
4.2.1 Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit (Rehabilitationsbedarf) .	17
4.2.2 Prüfung der Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger.	18
4.2.3 Rehabilitationsfähigkeit.	19
4.2.4 Rehabilitationsziel.	19
4.2.5 Positive Rehabilitationsprognose	20
4.2.6 Einbindung des MDK	20
4.3 Auswahl der Einrichtung.	21
4.4 Dauer	22
4.5 Wiederholungsintervall	22
4.6 Zuzahlung	23
4.7 Übungen zum Lernabschnitt 4	25
5 Besondere Rehabilitationsformen und Rehabilitation für besondere Personengruppen	29
5.1 Anschlussrehabilitation.	29
5.2 Neurologische Rehabilitation/Frührehabilitation	34
5.3 Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankung.	36
5.3.1 Entzug.	37
5.3.2 Entwöhnung	38
5.3.3 Adaption	38
5.3.4 Nachbehandlung (ambulante Rehabilitation)	38
5.4 Rehabilitation für Kinder	38
5.5 Familienorientierte Rehabilitation	40
5.6 Rehabilitation für Mütter und Väter bzw. für Mutter-/Vater-Kind (§ 41 Abs. 1 SGB V)	40
5.7 Onkologische Rehabilitation	42
5.8 Übungen zum Lernabschnitt 5	43

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

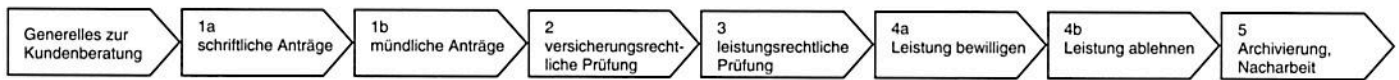


6 Zuständigkeitsklärung	44
6.1 Allgemeines	44
6.2 Erstangegangener Rehabilitationsträger	46
6.3 Antrag auf eine für den Rehabilitationsträger erkennbare Leistung zur Teilhabe	46
6.4 Vom erstangegangenen Rehabilitationsträger durchzuführende Prüfungen ..	47
6.5 Antragsaufnahme für einen anderen Rehabilitationsträger	48
6.6 Fristenberechnung	48
6.7 Spätester Zeitpunkt der Weiterleitung	48
6.8 Zu erfüllender Leistungsanspruch	49
6.8.1 Erstangegangener Rehabilitationsträger	49
6.8.2 Zweitangegangener Rehabilitationsträger	49
6.9 Übung zum Lernabschnitt 6	51
7 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	52
7.1 Sonstige ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V	52
7.2 Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	52
7.3 Haushaltshilfe, Mitaufnahme des Kindes	53
8 Reisekosten	54
8.1 Besonderheiten bei Reisekosten	54
8.2 Verpflegungskosten	55
8.3 Übernachtungskosten bei mehrtägiger An-/Abreise	55
8.4 Gepäcktransportkosten	55
8.5 Begleitperson	55
8.6 Familienheimfahrten	56
8.7 Besuchsfahrten eines Angehörigen	56
8.8 Übung zum Lernabschnitt 8	56
9 Rehabilitationssport/Funktionstraining	57
9.1 Allgemeines	57
9.2 Unterscheidung Rehabilitationssport/Funktionstraining	57
9.3 Bewilligungsdauer beim Rehabilitationssport	58
9.3.1 Anspruchsdauer allgemein (ohne Herzsport)	59
9.3.2 Anspruchsdauer bei Herzsport	60
9.3.3 Funktionstraining	61
9.4 Anrechnung von Leistungen anderer Rehabilitationsträger	61
9.5 Fahrkosten	62
9.6 Übungen zum Lernabschnitt 9	62
10 Unterhaltssichernde Leistungen	63

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

11 Rentenversicherung und ihre ggf. vorrangigen Leistungen	64
11.1 Rentenversicherung als Rehabilitationsträger	64
11.1.1 Allgemeines	64
11.1.2 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	65
11.1.3 Zuordnung der Versicherten (Quotierung)	65
11.1.4 Beantragung der Rehabilitationsleistung bei der AOK	65
11.2 Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zulasten des Rentenversicherungsträgers	66
11.2.1 Persönliche Voraussetzungen	66
11.2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	67
11.3 Ausschluss von Leistungen	73
11.4 Art und Inhalt der medizinischen Rehabilitationsleistungen des Rentenversicherungsträgers	73
11.4.1 Anschlussrehabilitation der Rentenversicherung	74
11.4.2 Sonstige Leistungen zur Rehabilitation	74
11.4.3 Kinderrehabilitation	75
11.4.4 Zuzahlung	76
11.5 Übungen zum Lernabschnitt 11	77
12 Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen AOK und Rentenversicherungsträger	79
12.1 Besonderheit: Stationäre Krebsnachsorge	80
12.2 Besonderheit: Kinderrehabilitation	80
12.3 Übung zum Lernabschnitt 12	81
13 Andere Rehabilitationsträger	81
13.1 Unfallversicherungsträger	81
13.2 Bundesagentur für Arbeit	82
13.3 Versorgungsämter/Landesversorgungsämter	83
13.4 Sozialhilfeträger	83
13.5 Jugendämter	83
13.6 Integrationsämter	84
14 Sonstiges zum Teilhabe-/Rehabilitationsgeschehen	84
14.1 Gemeinsame Servicestellen	84
14.2 Gebärdensprachdolmetscher	85
14.3 Persönliches Budget	86
15 Zusammenfassende Selbstkontrolle	87
16 Lösungen zu den Übungen im Text	88
17 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	95

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



1 Einleitung

Gesundheit ist das höchste Gut. Deshalb sorgt die AOK auch dafür, dass ihre Versicherten für den Fall der Krankheit gut abgesichert sind.

Chronische und schwere Erkrankungen können jedoch dazu führen, dass die Gesundheit nicht mehr hergestellt werden kann. Folge der körperlichen, seelischen und geistigen Funktionsstörungen sind dann Beeinträchtigungen im Alltag. Für diesen Bereich gibt es die medizinische Rehabilitation (Wiedereingliederung) und die sonstigen Teilhabeleistungen.

Die medizinische Rehabilitation verlangt vom AOK-Berater umfangreiches, rehabilitations-trägerübergreifendes Fachwissen und Einfühlungsvermögen ab.

Dieser Lernbrief hilft Ihnen, die Grundzüge des Rehabilitationsrechts kennenzulernen. Er befähigt Sie, bei Anträgen auf Rehabilitationsleistungen und in damit verbundenen Beratungssituationen zielgerichtet zu beraten.

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

Zudem haben wir für die Berechnung von Beiträgen einen für alle AOKs gültigen Zusatzbeitragssatz in Höhen von 1,1 % unterstellt.

Die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant sind, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und für die AOK-Praxis erscheinen, haben wir in grüner Schrift gedruckt.

In diesem Lernbrief sprechen wir häufig von Kunden, Kundenberatern, Mitarbeitern, Kollegen usw. Damit sind selbstverständlich sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint. Wir haben uns jedoch zugunsten des Leseflusses auf die männliche Form beschränkt.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- Anträge auf Rehabilitations-/Teilhabeleistungen von den anderen Anträgen auf Leistungen zu unterscheiden
- den voraussichtlich zuständigen leistungspflichtigen Rehabilitationsträger zu bestimmen und den Antrag auf Rehabilitations-/Teilhabeleistungen rechtzeitig weiterzuleiten
- die ggf. vorrangigen medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung zu kennen
- bei Zuständigkeit der AOK bestimmte medizinische Rehabilitationsleistungen zügig einzuleiten bzw. zu bewilligen
- die einzelnen Teilleistungen bei medizinischer Rehabilitation in den Grundzügen zu kennen
- sich auf die Bedürfnisse und Wünsche von schwer kranken Kunden bzw. deren Angehörigen einzustellen
- sensibel mit den in diesem Zusammenhang erhaltenen Informationen umzugehen
- schriftliche Anträge auf ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen entgegenzunehmen
- telefonische Anfragen und persönliche Anträge bezüglich Rehabilitations- und Teilhabeleistungen entgegenzunehmen
- den Versicherten bzw. dessen Angehörige bei mündlichen Anträgen auf medizinische Rehabilitationsleistungen in den Grundzügen zu beraten
- den Wirtschaftlichkeitsgrundsatz bei medizinischen Rehabilitationsleistungen zu berücksichtigen

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



3 Allgemeines

Generelles zur Kundenberatung

Neben der akut- bzw. kurativmedizinischen Versorgung ist die Rehabilitation ein weiterer wichtiger Leistungsbereich der Gesundheitsmedizin. Dabei fügen sich

- die Vorsorge,
- die Akutmedizin und
- die Rehabilitation

zu einem Gesamtkonzept zusammen.

Im Bereich der Rehabilitation sieht das SGB V beispielsweise folgende Leistungsbereiche vor:

- ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen § 40 Abs. 1 SGB V
- stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen § 40 Abs. 2 SGB V
- stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter bzw. für Mutter-(Vater-)Kind § 41 SGB V
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie § 42 SGB V
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation:
 - Rehabilitationssport und Funktionstraining § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3, 4 SGB IX
 - Reisekosten und Haushaltshilfe im Zusammenhang mit medizinischen Rehabilitationsleistungen § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. §§ 53, 54 SGB IX
 - individuelle Rehabilitationsleistungen, die notwendig sind, aber aufgrund ihrer Seltenheit nicht ausdrücklich vom Gesetzgeber aufgeführt werden § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V
 - (interdisziplinäre) Patientenschulungen § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Im Verhältnis zu den Leistungen der Krankenbehandlung (§§ 27 bis 40 SGB V) setzen die Leistungen der Rehabilitation nicht bei der Krankheit selbst, sondern bei der eingetretenen bzw. drohenden Behinderung an.

Im heutigen Sprachgebrauch versteht man unter Behinderung eine Abweichung der Gesundheit, welche nicht nur vorübergehend (mehr als 6 Monate) Barrieren aufbaut, die den betreffenden Menschen daran hindern, wie ein gesunder Mensch am beruflichen oder gesellschaftlichen Leben

teilzunehmen. Danach zählen zu den Menschen mit Behinderungen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Medizinische Rehabilitationsleistungen kommen deshalb in der Regel nur in Betracht, wenn der Versicherte wegen lang anhaltender, komplexer Störungen/Beeinträchtigungen

- sein Verhalten (z.B. Essgewohnheiten, Bewegungsverhalten, Suchtverhalten) ändern oder
- umfangreiche Hilfen für seinen täglichen Alltag erlernen muss.

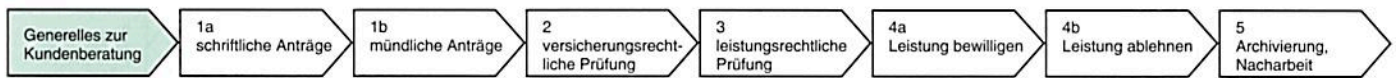
Der in § 2 Abs. 1 SGB IX geforderte sechsmonatige Zeitraum für die Dauer der „Behinderung“ wird in der Krankenversicherung nicht zwingend vorausgesetzt um Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherung zu beantragen. Zum Beispiel sind medizinische Rehabilitationsleistungen bereits dann sinnvoll, wenn dadurch die Arbeitsfähigkeit eines Arbeitnehmers früher eintritt und somit Folgekosten eingespart werden können (Wirtschaftlichkeitsgebot).

Beispiel

Wilhelm Freitag, ein stark rauchender übergewichtiger Versicherter, wird nach einem Herzinfarkt zwei Wochen lang im Krankenhaus intensiv ärztlich behandelt. Aufgrund der psychischen Anstrengungen in seinem Berufsalltag hat er Angst erneut einen Infarkt zu erleiden. Wilhelm Freitag entzieht sich durch die Arbeitsunfähigkeit erst einmal weiteren beruflichen Stresssituationen. Aus Angst vor Überanstrengung seines Herzens nimmt er eine Schonhaltung ein. Auch zieht er sich wegen seines Übergewichts, das seine Mobilität stark einschränkt, aus dem gesellschaftlichen Leben zurück. Seine Versuche, das Rauchen abzugewöhnen und die Ernährung umzustellen, blieben ohne Erfolg.

§ 2 Abs. 1 SGB IX

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

**Folge**

Bei diesem Versicherten reichen die im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 27 ff. SGB V) zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht aus. Es sind komplexe, dicht gebündelte Therapien unterschiedlicher Professionen (Heilberufe) notwendig wie z. B.:

- den Psychologen für den Stress- und Angstabbau und zur Änderung der inneren Einstellung
- den Sportlehrer/Bewegungstrainer, um eine entsprechende Fitness zu erreichen und die notwendige Sicherheit für die Erkennung seiner sportlichen Belastungsgrenze zu erlangen
- den Ernährungsberater für das Erlernen eines gesundheitsbewussten Essverhaltens

Hinweis

In der Regel kann das Rehabilitationsziel im Rahmen eines abgestimmten Konzepts durch eine dreiwöchige medizinische Rehabilitationsleistung nach § 40 SGB V erreicht werden.

3.1 Das Nebeneinander von Vorschriften des SGB V und des SGB IX

Generelles zur Kundenberatung

Vielleicht haben Sie sich schon gewundert, dass im vorigen Punkt dieses Lernbriefs auch Vorschriften des SGB IX aufgeführt werden. Das SGB IX wird Ihnen in diesem Lernbrief mehrfach begegnen. Das hat folgenden Grund:

Bis 30.06.2001 war das Rehabilitationsrecht in unterschiedlichen Gesetzen geregelt. Außerdem war das Leistungsspektrum von Rehabilitationsträger zu Rehabilitationsträger unterschiedlich. Mit der Einführung des SGB IX beabsichtigte der Gesetzgeber die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zu vereinheitlichen und in einem Buch zu vereinen.

Mit Einführung des SGB IX wurde der Begriff der Teilhabe (Partizipation) eingeführt. Unter Teilhabe versteht man den Anspruch des behinderten bzw. chronisch kranken Menschen auf das Eingebundensein in das berufliche oder gesellschaftliche Leben, sei es z. B. zu Hause, im Beruf, im Freundeskreis oder in der Gesellschaft – und zwar unter Berücksichtigung der Möglichkeiten, die dem behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen im Rahmen seines Lebensumfelds (Kontextfaktoren) verbleiben. Vor diesem Hintergrund berücksichtigt die Teilhabe alle für den behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen maßgebenden Lebensumstände und Bezugspersonen mit dem Ziel, ihn unter Verwendung von Hilfen/Therapien so weit wie möglich am „normalen“ Leben partizipieren zu lassen. Dabei werden die individuellen Lebensbedingungen und Gewohnheiten berücksichtigt.

Der Begriff der Teilhabe ist wesentlich umfassender als der der Rehabilitation. Das Wort Rehabilitation hat seinen Ursprung im Lateinischen und bedeutet so viel wie „Wiedereingliederung“. Die Silbe „Re“ (wieder) des Worts berücksichtigt nur einen Aspekt – nämlich den des Wiedereingliederns; behinderte Neugeborene können nicht wieder eingegliedert werden, sie sind einzugliedern. Insofern ist der Begriff der Teilhabe bzw. Teilhabeleistung der präzisere.

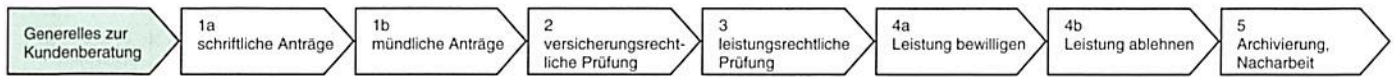
Die Teilhabeleistung ist der Oberbegriff

- für Leistungen der medizinischen Rehabilitation § 26 ff. SGB IX,
- für berufsfördernde Rehabilitationsleistungen, seit Einführung des SGB IX als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bezeichnet § 33 ff. SGB IX,
- für soziale Rehabilitationsleistungen, seit Einführung des SGB IX als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bezeichnet § 55 ff. SGB IX.

Daneben gibt es noch ergänzende Leistungen. Diese werden ergänzend zur Hauptleistung erbracht. Es handelt sich hier um Reisekosten, Haushaltshilfe, Übergangsgeld usw.

§ 1 i.V.m.
§ 4 SGB IX

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



In diesem Lernbrief befassen wir uns hauptsächlich mit den medizinischen und ergänzenden Rehabilitationsleistungen, da das SGB V nur diese im Teilhaberecht kennt.

Merke

Die Leistungen nach dem SGB IX werden als Teilhabeleistungen bezeichnet. Die medizinische Rehabilitation ist eine Leistungsgruppe innerhalb der Teilhabeleistungen.

§ 7 Satz 1
SGB IX

Wegen der Abgrenzung der Anspruchsgrundlagen zwischen SGB V und SGB IX musste eine Regelung getroffen werden, die bestimmt, welches Buch des SGB vorrangig ist, wenn einzelne Bücher vom SGB IX Abweichendes regeln. Bei abweichenden Regelungen sind die trägerspezifischen Vorschriften vorrangig zu berücksichtigen. Somit bleibt das SGB V auch bei Rehabilitationsleistungen der AOK das maßgebende Gesetzbuch. Die Vorschriften des SGB IX sind nur anzuwenden, wenn

- das trägerspezifische Recht auf die Vorschriften des SGB IX verweist (z.B. § 43 SGB V, § 60 Abs. 5 SGB V, § 28 SGB VI, § 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII) oder
- das SGB IX Bereiche regelt, die die trägerspezifischen Vorschriften nicht erfassen (z.B. §§ 9, 14, 22 ff. SGB IX).

§ 18 SGB IX regelt, dass im Bereich der Rehabilitation unter bestimmten Voraussetzungen Sachleistungen auch im Ausland erbracht werden können. Diese Regelung ist nicht für den Bereich der Krankenversicherung anzuwenden, da § 13 Abs. 4, 5 sowie die §§ 16 bis 18 SGB V spezielle Regelungen enthalten und diese nicht auf die Vorschriften des SGB IX verweisen. Im Bereich der Rentenversicherung dagegen enthält das SGB VI keine Regelung bezüglich Leistungen zur Rehabilitation im Ausland. In der Rentenversicherung ist wegen der „Regelungslücke“ § 18 SGB IX anzuwenden.

Das Leistungsspektrum des entsprechenden Rehabilitationsträgers richtet sich nach den eigenen, trägerspezifischen Leistungsvoraussetzungen. Deshalb ist z.B. der Rentenversicherungsträger nach wie vor nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn die Erwerbsfähigkeit positiv beeinflusst werden kann und in der Person des Leistungsberechtigten die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der § 9 ff. SGB VI erfüllt sind.

§ 7 Satz 2
SGB IX

Noch ein paar ergänzende Informationen zum SGB IX:

Im zweiten Teil des SGB IX sind die Regelungen zum Schwerbehindertenrecht aufgeführt. Schwerbehindert sind Menschen, bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt. Dieser Grad wird durch das Versorgungsamt bzw. durch die Kommune oder Dritte geprüft und zuerkannt.

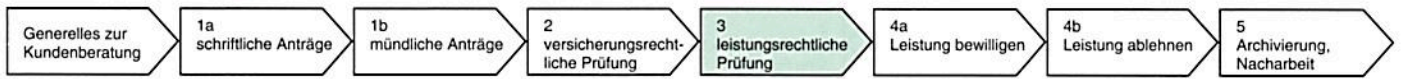
§ 2 Abs. 2
SGB IX

Ist jemand schwerbehindert, hat er z.B.

- arbeitsrechtliche Vergünstigungen (z.B. Kündigungsschutz, Zusatzurlaub, Einschränkung der Mehrarbeit),
- Anspruch auf einen Nachteilsausgleich (z.B. unentgeltliche Beförderung behinderter Menschen mit schweren Mobilitätsstörungen im öffentlichen Personenverkehr).

Mit diesen besonderen Rechten haben Sie als Kundenberater der AOK nur sehr wenig zu tun. Deshalb werden diese in diesem Lernbrief auch nicht näher behandelt.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



3.2 Abgrenzung der Rehabilitation zur Vorsorge nach § 20 ff. SGB V

3 leistungsrechtliche Prüfung

Die kurative Vorsorge i.S.d. SGB V ist im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation primär zentriert auf das klinische Bild einer Krankheit (nicht Behinderung) und zielt darauf ab,

- die Entstehung einer Krankheit durch positive Lebensweisen zu vermeiden (primäre Prävention) oder
- eine eingetretene Krankheit so früh wie möglich zu erkennen, um frühzeitig gegenzusteuern (sekundäre Prävention).

Nach der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bedarf derjenige der Rehabilitation, der bezogen auf seine Gesundheit nicht nur vorübergehend erhebliche Störungen

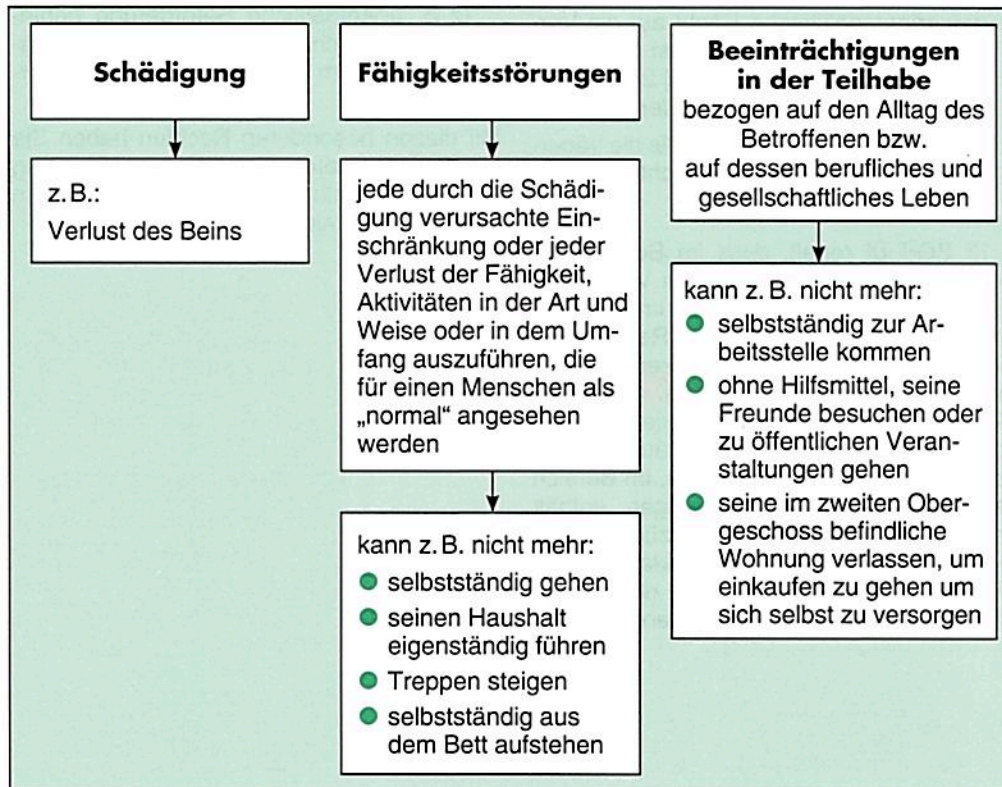
- im körperlichen oder geistigen Bereich (Schädigungen von Körperorganen),
- im seelischen Bereich (Beeinträchtigung des Erlebens, Fühlens, Wohlbefindens)

aufweist und deshalb

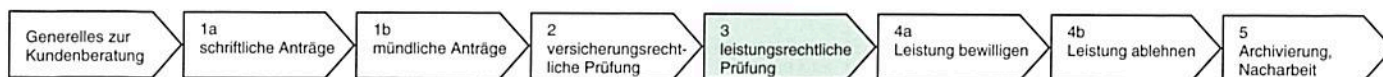
- bei den beruflich geforderten Leistungen oder
- bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

beeinträchtigt ist (z.B. Einschränkung der Integrität oder Aktivität, Ausgrenzung oder Desintegration).

Rehabilitationsleistungen kommen somit erst dann in Betracht, wenn ein Versicherter durch eine körperliche, geistige oder seelische Schädigung in seinen Fähigkeiten gestört und als Folge dessen in seinem alltäglichen Leben beeinträchtigt ist. Ziel der Rehabilitation ist die Behebung bzw. Linderung der wegen einer Schädigung lang andauernden Fähigkeitsstörungen des Versicherten und der sich als Folge daraus ergebenden drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen/Barrieren in der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben.



Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

**Merke**

Teilhabe bedeutet nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das „Einbezogensein in eine Lebenssituation“. Darunter versteht man die Fähigkeit, unter normalen (Wettbewerbs-)Bedingungen am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben (Teilhabe) aktiv teilnehmen zu können.

Für einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen ist es aber nicht unbedingt notwendig, dass die Beeinträchtigung in der Teilhabe bereits eingetreten ist. Die Rehabilitationsleistungen können vielmehr bereits dann beansprucht werden, wenn eine Schädigung mit den sich daraus ergebenden negativen Folgen auf die „Teilhabe“ mit hoher Wahrscheinlichkeit droht.

Dies ist z. B. oft bei chronisch kranken Menschen der Fall; hier kann sich aufgrund der Erkrankung eine stetige Verschlechterung der Gesundheit und damit eine spätere Einschränkung bei der Teilhabe ergeben. Hier gilt es, die zu erwartenden negativen Folgen auf das Leben durch frühzeitige Intervention zu begegnen und den sich abzeichnenden Einschränkungen bei den Aktivitäten entgegenzuwirken. Dieses kann z. B. durch das Erlernen von gesundheitsfördernden Übungen, durch Stärkung der körperlichen Fitness sowie durch psychologische Einwirkungen wie Entspannung oder Stressverarbeitung erfolgen.

Wann die Vorsorgeleistungen nach den § 20 ff. SGB V ausreichen oder wann „präventive“ Rehabilitationsleistungen notwendig sind, ist abhängig von der jeweiligen Krankheit und vom individuellen Krankheitsverlauf. So sind z. B. bei asthmakranken Kindern bereits in den frühen Lebensjahren Rehabilitationsleistungen angezeigt, um möglichst lange eine unbeschwerte Teilhabe zu sichern.

1. Beispiel

Ein Versicherter hat wegen seiner ungesunden Lebensweise Bluthochdruck. Funktionsstörungen (z. B. Einschränkungen beim Gehen wegen Schwindel) oder Beeinträchtigungen bei der Ausführung seiner alltäglichen Aktivitäten liegen noch nicht vor und sind voraussichtlich nicht zu erwarten.

- Bei diesem Versicherten kommen Vorsorgeleistungen nach § 20 ff. SGB V in Betracht.

2. Beispiel

Ein Versicherter leidet an mäßigem Übergewicht und ab und zu an Rückenbeschwerden (falsche Ernährung, ungünstige ergonomische Bedingungen am Arbeitsplatz). Funktionsstörungen (z. B. Einschränkungen bei der Fortbewegung) oder körperliche, seelische oder geistige Einschränkungen (Beeinträchtigungen) liegen noch nicht vor und sind nicht zu erwarten.

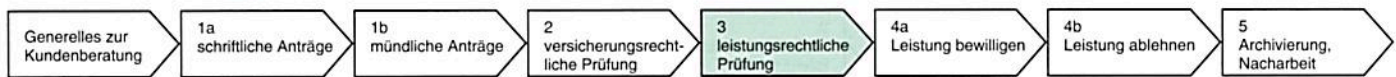
- Bei diesem Versicherten kommen ebenfalls Vorsorgeleistungen nach § 20 ff. SGB V in Betracht.

3. Beispiel

Ein Versicherter hat einen Herzinfarkt erlitten und ist für die nächsten sechs Monate in seinen Fähigkeiten und in seiner Teilhabe am Arbeitsplatz sowie am Leben in der Gemeinschaft eingeschränkt (z. B. geringe körperliche und seelische Belastbarkeit, Rückzug aus der Gesellschaft, weil er sein Herz schonen möchte).

- Bei diesem Versicherten sind Rehabilitationsleistungen notwendig.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



3.3 Abgrenzung der Rehabilitation zur Krankenhausbehandlung

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 39 SGB V

Während bei der Krankenhausbehandlung die intensive fachmedizinische Betreuung unter ständiger ärztlicher Leitung im Vordergrund steht, sind die Rehabilitationsleistungen darauf ausgerichtet, unter Mitwirkung von besonders geschultem (Heil-)Personal den Gesundheitszustand des Versicherten nach einem ärztlichen Therapieplan zu verbessern. Schwerpunkte der Rehabilitation sind insbesondere

- die Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie,
- die geistige und seelische Einwirkung zur Erreichung eines bestimmten Verhaltens,
- die Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte oder
- die Nutzung anderer geeigneter Hilfen zur Erreichung des Teilhabeziels.

Bezüglich der Abgrenzung zwischen Rehabilitation und Krankenhausbehandlung bleibt unberücksichtigt, dass § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V die Krankenhäuser verpflichtet, zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Leistungen der Frührehabilitation einzusetzen. Durch diese Frührehabilitation soll nämlich die Rehabilitation von Anfang an integraler Bestandteil einer lückenlosen medizinischen Versorgung werden. Deutlich wird das z. B., indem durch eine möglichst früh einsetzende Rehabilitation eines im Krankenhaus behandelten Schlaganfallpatienten versucht wird, bei den gelähmten Gliedmaßen einer allmählichen Versteifung der Gelenke entgegenzuwirken. Letztendlich dient die Frührehabilitation der Beschleunigung des sich anschließenden Rehabilitationsprozesses und der Verbesserung des Rehabilitationserfolgs.

§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V

Merke

Medizinische Rehabilitationen werden immer dann notwendig, wenn gesundheitliche Schädigungen zu voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Störungen in den Aktivitäten bzw. in der gesellschaftlichen Integration führen und allgemeine Krankenbehandlungsleistungen nicht mehr ausreichen, um einer drohenden oder bereits eingetretenen Beeinträchtigung im Alltag entgegenzuwirken.

Abgrenzung Rehabilitation – Krankenhaus

medizinische Reha-Leistung

- behinderungsbezogen
- auf Besserung der eingeschränkten Fähigkeiten bezogen
- Unterstützung/Hilfe bei Entwicklung/Stärkung eigener Abwehr-/Heilungskräfte
- vorwiegend Betreuung durch nichtärztliches Personal (z. B. Therapeut) nach ärztlichem Therapieplan

Krankenhausbehandlung

- krankheitsbezogen
- intensive ärztliche Betreuung im Vordergrund
- intensive pflegerische Betreuung

3.4 Abgrenzung der Heilmittel zu Rehabilitationsleistungen

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln (Krankengymnastik, Massagen, Ergotherapie, Logopädie usw.).

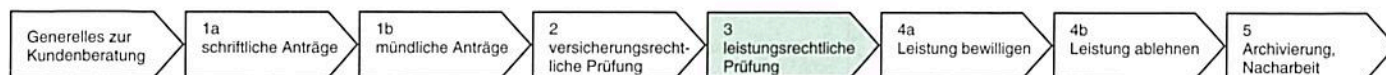
Die „standardisierten Heilmittelkombinationen“ (D 1) aus den im Heilmittelkatalog genannten Einzelleistungen können nur dann verordnet werden, wenn

- komplexe Schädigungsbilder vorliegen und
- eine therapeutisch erforderliche Kombination von drei oder mehr Heilmittel-Leistungen sinnvoll ist.

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 32 SGB V, HMR

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Für rheumatologische und orthopädische Krankheitsbilder sowie Verletzungsfolgen, die nur ein Gelenk oder einen lokalisierten Wirbelsäulenabschnitt betreffen, reicht in der Regel ambulante Krankenbehandlung einschließlich der verordnungsfähigen Heilmittel (auch Heilmittelkombination) aus. Dies gilt auch für unkomplizierte Lumbalgien, degenerative Erkrankungen und Zustände nach Operationen an Schulter-, Knie- und Sprunggelenk.

Medizinische Rehabilitationsleistungen im Sinne der §§ 40, 41 SGB V sind aber dann erforderlich, wenn die Überwindung der Behinderung nicht durch eine „einfache“ Therapieform möglich ist, sondern aufgrund bestimmter Facetten (Angstabbau, Erlernen bestimmter Verhaltensweisen, Veränderung der inneren Einstellung) ein professionsübergreifender (mehrere verschiedene Heilberufe übergreifenden) ganzheitlicher Therapiebedarf besteht. In Zweifelsfällen kann der MDK zu der Frage der Abgrenzung der Leistungen eingeschaltet werden.

3.5 Übung zum Lernabschnitt 3

Übung 1

Silke Neu ist geschieden und alleinerziehende Mutter eines vierjährigen Kindes. Die Doppelbelastung als Mutter und Arbeitnehmerin belastet sie schwer. Vor vier Wochen ist Silke Neu beim Einkaufen weinend zusammengebrochen und seitdem arbeitsunfähig erkrankt. Ihr Zuhause verlässt sie nur noch zum Einkaufen und lebt auch sonst auffallend zurückgezogen. Ihr behandelnder Arzt hält eine medizinische Rehabilitationsleistung für notwendig.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

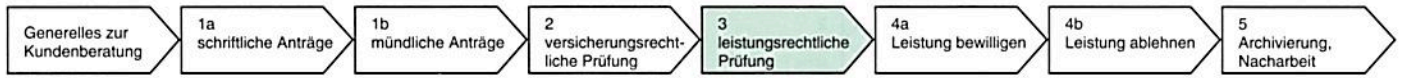
Aufgabe 1.1

Begründen Sie, warum ein Rehabilitations-/ Teilhabebedarf vorliegen könnte.

Aufgabe 1.2

Begründen Sie, warum medizinische Rehabilitationsleistungen notwendig sind.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



4 Medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 11 Abs. 2 SGB V

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit

- abzuwenden,
- zu beseitigen,
- zu mindern,
- auszugleichen,
- ihre Verschlimmerung zu verhüten oder
- ihre Folgen zu mildern.

Unter medizinischer Rehabilitation versteht man die (Wieder-)Herstellung von körperlichen und geistigen Funktionen und Fähigkeiten, damit der Betroffene soweit wie möglich uneingeschränkt aktiv am Leben teilnehmen kann. Im Vordergrund steht die Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und psychischen – also medizinischen – Integrität (biopsychologische Sichtweise). Die medizinische Rehabilitation endet spätestens, wenn berufliche oder gesellschaftliche Teilhabeziele in den Vordergrund rücken.

Medizinische Rehabilitationsleistungen können bei folgenden Indikationen notwendig sein:

- Herzinfarkt (kardiologische Reha)
- Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfallfolgen (neurologische Reha)
- Wirbelsäulenverletzungen (neurologische/sportmedizinische Reha)
- Polytraumata (komplexe Verletzungen mit der Beteiligung mehrerer Körperteile/Organsysteme)
- Krebserkrankungen (onkologische Reha)
- psychiatrische Erkrankungen wie z.B. Magersucht (Anorexie), Depressionen, Sucht (u. a. psychosomatische Rehabilitation)
- altersmorbidity (geriatrische Reha)

Bei medizinischen Rehabilitationsleistungen für Schwerstgeschädigte ist das Minimalziel die Herstellung der Selbstständigkeit bei der Ausführung der täglichen Verrichtungen wie Essen, Körperpflege, Führung des Haushalts etc. und die Überwindung oder die Vermeidung des Eintritts der Pflegebedürftigkeit.

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nach §§ 27 bis 39 SGB V nicht aus, um diese Rehabilitationsziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen

- in (Vertrags-)Rehabilitationseinrichtungen oder
- soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung des Versicherten ausreicht, durch wohnortnahe (sonstige) Einrichtungen.

§ 40 Abs. 1, 2 SGB V

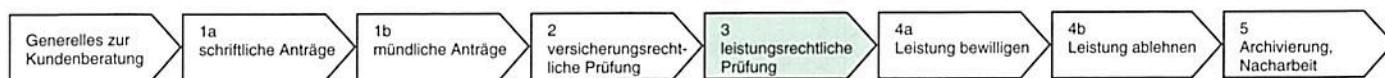
Reichen ambulante Rehabilitationsleistungen nicht aus, ist die Rehabilitation stationär (in einer Rehabilitationsklinik) durchzuführen.

§ 40 Abs. 2 SGB V

In einer Rehabilitationseinrichtung (bei ambulanter Rehabilitation) bzw. in einer Rehabilitationsklinik (bei stationärer Rehabilitation) arbeiten mehrere unterschiedliche Professionen (Heilberufe) nach einem vom Arzt aufgestellten, individuellen Rehabilitationsplan „Hand in Hand“ zusammen, um die körperliche, geistige und psychische Integrität (wieder) herzustellen. Als Heilberufe kommen je nach Ausrichtung der Rehabilitation u.a. folgende Berufsgruppen zum Einsatz:

- Fachärzte
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Arbeitspädagogen
- Logopäden
- Ernährungsberater und Diätassistenten
- Masseur und medizinische Bademeister
- Orthopädietechniker
- Neuropsychologen
- Psychotherapeuten
- Psychologen
- Motopäden/Mototherapeuten
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen
- Audiotherapeuten
- Sporttherapeuten

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Das Besondere an den medizinischen Rehabilitationsleistungen ist, dass

- das professionsübergreifende, qualifizierte Reha-Team nach einem ganzheitlichen Konzept „Hand in Hand“ (interdisziplinär) arbeitet und
- die einzelnen Maßnahmen/Therapien zeitlich dicht gedrängt während einer oft drei- bis vierwöchigen Rehabilitationsphase erbracht werden.

Für die Durchführung der stationären medizinischen Rehabilitation steht in Deutschland ein flächendeckendes Netz von indikationsspezifischen, meist größeren Reha-Einrichtungen zur Verfügung. Diese Reha-Einrichtungen sind typischerweise in landschaftlich ansprechenden Regionen abseits der Ballungsräume errichtet worden. Dieser stationären Rehabilitation liegt der Gedanke zugrunde, die Patienten aus ihrem häuslichen Umfeld herauszunehmen, um dadurch die Behandlung zu erleichtern und eine Gesundung sowie den Prozess der Krankheitsbearbeitung und Krankheitsbewältigung zu fördern. In bestimmten Gegenden können so auch die ortsgebundenen, geologischen Gegebenheiten (jodhaltige Luft, Heilwässer etc.) genutzt werden.

Bis Mitte der 90er Jahre wurden daher – nicht zuletzt aufgrund der Wohnortferne der meisten Reha-Einrichtungen – medizinische Rehabilitationsleistungen fast ausschließlich stationär durchgeführt.

§ 19 Abs. 2
SGB IX

Seit Inkrafttreten des SGB IX können Rehabilitationsleistungen auch in ambulanter bzw. ganztägiger Form erbracht werden, soweit die Ziele im Einzelfall mit vergleichbarer Wirkung erreicht werden können.

In der Praxis sind die Erfolge der ambulanten Rehabilitation mit denen der stationären vergleichbar. Auch vom Verständnis her orientiert sich die ambulante Rehabilitation soweit wie möglich an dem Vorbild der stationären. Im Vergleich zu einer ambulanten Rehabilitation ist die stationäre Form allerdings notwendig

- bei fehlender Mobilität des Patienten,
- bei mangelnder psychischer Belastbarkeit,

- bei der Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung sowie
- bei der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

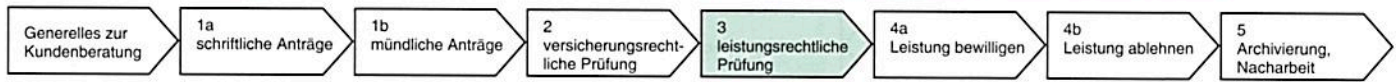
Bei der ambulanten Rehabilitation fährt der Versicherte jeden „Therapietag“ von seiner Wohnung zur Rehabilitationseinrichtung und wieder zurück. Häufig erfolgt die Fahrt auch mit einem Shuttle-Service der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen. Dieser „Hol- und Bringservice“ ist für die Versicherten kostenfrei und wird von der Krankenkasse in der Regel über eine leichte Erhöhung des Pflegesatzes finanziert. Die ambulante Rehabilitationseinrichtung hat dann bei jedem Rehabilitanden die Verpflichtung, den Service mit eigenen oder fremden Transportkraftfahrzeugen sicherzustellen.

Der einzige markante Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation liegt in der Bereitstellung der Unterkunft; diese „Übernachungskosten“ entfallen bei der ambulanten Rehabilitation. Aus diesem Grund entstehen der AOK bei ambulanten Rehabilitationsleistungen durchschnittlich nur Ausgaben in Höhe von ca. zwei Drittel der Kosten, die bei einer stationären Rehabilitationsleistung anfallen. Aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ist deshalb vor Einleitung einer stationären Rehabilitation zu prüfen, ob nicht eine ambulante Rehabilitation ausreicht, um das geplante Ziel zu erreichen.

Die Verpflegung für die Zeit des Aufenthalts in der Rehabilitation ist übrigens auch Bestandteil der ambulanten Rehabilitation. Während des täglichen vier- bis sechsstündigen Aufenthalts in der ambulanten Rehabilitationseinrichtung wird dem Rehabilitanden deshalb in der Regel mindestens ein Essen angeboten.

Auch ein Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation ist möglich. So kann die ambulante Rehabilitation aus Wirtschaftlichkeitsgründen auch zur Verkürzung der stationären Rehabilitationsleistungen in Betracht kommen.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



4.1 Einleitung von Rehabilitationsleistungen

Lernbeispiel 1

Gabi Backes, 60 Jahre, ist bei der AOK seit 30 Jahren familienversichert. Seit einigen Wochen leidet sie an sehr starken Rückenschmerzen. Ihr Orthopäde, Dr. Kogant, diagnostiziert einen Bandscheibenvorfall. Er führt diesen Bandscheibenvorfall auf Stress, zu wenig Bewegung und ungesunde Lebensweise zurück. Deshalb ist er der Meinung, dass die ambulante Krankenbehandlung (z.B. Facharztbehandlung und Krankengymnastik) nicht ausreicht. Nach Meinung des Arztes benötigt Gabi Backes eine komplexe und interdisziplinäre „Therapie“ nach einem strukturierten und indikationsspezifischen Konzept. Das Reha-Zentrum „Tannenhof“ (20 km vom Wohnort entfernt) bietet eine ambulante Rehabilitation bei orthopädischen Indikationen an.

Frage

Bei der AOK geht der auf der nächsten Seite abgedruckte Vordruck Muster 61 Teil A ein. Warum hat der Arzt nicht gleich das Muster 61 Teil B bis D (Seiten 26 bis 28) mit ausgefüllt?

In der Praxis werden sowohl die ambulanten als auch die stationären Rehabilitationsleistungen durch den

1. Haus-/Facharzt,
2. Krankenhausarzt
3. Versicherten bzw. dessen Angehörigen sowie
4. Pflegegutachter angestoßen.

Zu 1. Anstoß durch den Haus-/Fach-Arzt:

Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch beim Arzt, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation notwendig sind und der Kunde diese in Anspruch nehmen will, ergeben sich drei Fallgestaltungen.

- a) Der Arzt stellt die vorrangige Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers fest.

Die medizinische Rehabilitationsleistung ist bei der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem Antragsformular G 0100 schriftlich zu beantragen (§ 116 Abs. 2 SGB VI). Der ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene Antrag ist an den zuständigen Versicherungsträger weiterzuleiten. Der Rehabilitationsantrag wird in einem Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente umgewandelt, wenn die geminderte Erwerbsminderung durch die Rehabilitationsleistung nicht mehr beseitigt werden kann. Weitere Informationen hierzu vgl. Punkt 11 dieses Lernbriefs.

- b) Der Arzt stellt die ausschließliche Zuständigkeit der Krankenkasse fest.

In diesem Fall zeigt der Arzt der Krankenkasse den Rehabilitationsbedarf mit dem Vordruck Muster 61 Teil B bis D an. Auf dem Vordruck beschreibt der Arzt:

- den funktionalen Gesundheitszustand des Versicherten zur Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit einschließlich der Ausmaße der Behinderung
- die Rehabilitationsziele
- die Rehabilitationsprognose, die Einschätzung, ob nach Durchführung der Rehabilitation die geplanten Rehabilitationsziele erreicht werden können

Den Vordruck Muster 61 hält der Arzt in seiner Praxis vor.

Die medizinische Indikation ist vom Vertragsarzt transparent und nachvollziehbar darzulegen. Mit den vorhandenen Angaben kann die Krankenkasse den genauen Rehabilitationsbedarf, die Art und den Umfang der Fähigkeitsstörungen bzw. gesundheitlichen Barrieren erkennen und die helfenden Rehabilitationsleistungen in der geeigneten Rehabilitationseinrichtung einleiten.

Im Gegensatz zur Rentenversicherung ist bei den Rehabilitationsanträgen zulasten der Krankenversicherung grundsätzlich keine Unterschrift des Versicherten notwendig. Als rechtsverbindlich gilt bei der AOK bereits eine Verordnung des Vertragsarztes. Der Wille und die Einwilligung des Versicherten werden sofern der AOK keine anderen Informationen vorliegen unterstellt.

§ 6 Abs. 1 RehaR

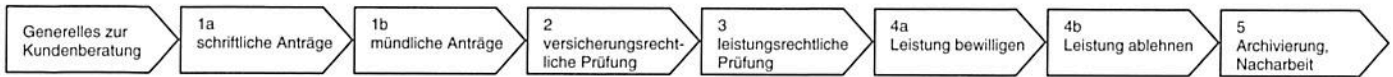
§§ 7 – 10 RehaR

§ 12 RehaR

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 40 Abs. 4 SGB V

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



AOK Gesund	
Name: Vorname des Versicherten Backes, Gabi	
Geb. am: 30.09.56	
Höllentalstr. 377, 89859 Oberhopfen	
Koststellernummer: 8017779	Versicherungszahl: W32146789
Betreiberkenn.-Nr.: 6184925/01	Datum:

61 Teil A

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter).
 Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung.
 Handelt es sich um die Folge eines Arbeit/sunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
 Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. Lumbale Radikulitis	M 54.16	---	---
2. Stress-Syndrom	F 43.2	---	---
3. Burn-out-Syndrom	Z 73.0	---	---
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. Sonstige Stoffwechselstörung	E 88	---	---
5. _____		---	---
6. _____		---	---

* Seitenlokalisierung
 R = rechts
 L = links
 B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)
 1 = Arbeitsunfall einseitig / Weichenunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungserfolge durch Einwirkung Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kräfte-, Zug- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. HIV)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum: _____

Vertragsnummer / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

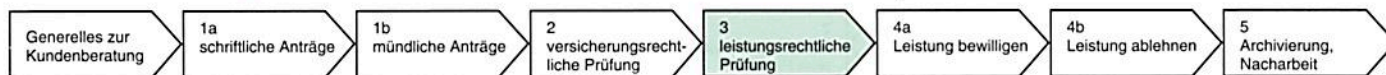
Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil A (4/2016)

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



§ 6 Abs. 2
RehaR

c) Der Arzt weiß nicht, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist und zeigt der Krankenkasse den Rehabilitationsbedarf des Versicherten an.

Den Beratungs- oder Rehabilitationsbedarf meldet der Arzt der AOK mit dem Vordruck Muster 61 Teil A.

Die AOK berät den Versicherten und stellt aufgrund eigener Ermittlungen den zuständigen Rehabilitationsträger fest.

Zuständigkeit der AOK

Sieht die AOK die eigene Zuständigkeit, veranlasst sie das Ausfüllen des Vordrucks Muster 61 B bis D durch den Arzt (der untere Teil des Vordrucks Muster 61 Teil A wird ausgefüllt an den Vertragsarzt gesandt).

Die AOK entscheidet nach Auswertung des Vordrucks Muster 61 B bis D über die Bewilligung des Rehabilitationsantrags und leitet die erforderlichen Maßnahmen ein. Der Rehabilitationsantrag gilt ab dem Zeitpunkt als gestellt, an dem der Vordruck Muster 61 B bis D bei der Krankenkasse eingegangen ist.

Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers

Kommt die AOK zu der Entscheidung, dass der Rentenversicherungsträger zuständig ist, teilt sie dieses dem Vertragsarzt im Teil II und III des Vordrucks Muster 61 Teil A mit. Teilweise sendet sie dem Versicherten den Antragsvordruck G0100 auch direkt zu. Der Arzt spricht dann mit dem Versicherten und hilft ihm, die beabsichtigte medizinische Rehabilitationsleistung auf dem Antragsvordruck des Rentenversicherungsträgers G0100 zu beantragen.

Zu 2. Anstoß durch den Krankenhausarzt:

Befindet sich der Versicherte im Krankenhaus und hält der behandelnde Krankenhausarzt eine Rehabilitationsleistung für notwendig, zeigt er der AOK dieses mit einem krankenhausesindividuellen Formvordruck oder einem individuellen Schreiben an. Die Anzeige beinhaltet u. a. folgende Angaben:

- antragsrelevante Diagnosen/Funktionsdefizite
- aktuelle Untersuchungsbefunde
- aktueller Fähigkeits- bzw. Fertigungsstatus
- Rehabilitationsziele
- Rehabilitationsprognose
- Form der Maßnahme (ambulant, stationär)
- ggf. notwendiges Transportmittel zur Rehabilitationseinrichtung
- spezielle Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

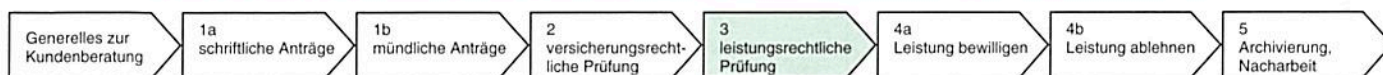
Sind noch weitere Informationen notwendig, werden diese telefonisch oder auf schriftlichem Wege eingeholt.

Zu beachten ist, dass viele Erkrankungen bereits eine Historie haben. So hat die AOK sehr oft Zwischen- oder Entlassungsberichte von früheren Erkrankungen, die wichtige Informationen für ein gutes Reha-Management liefern.

Zu 3. Anstoß durch den Versicherten/ Angehörigen:

Teilweise beantragt der Versicherte selbst bzw. dessen Angehöriger Rehabilitationsleistungen. Ist die Zuständigkeit der AOK gegeben und liegt kein ärztlicher Bericht etc. vor, nimmt die Krankenkasse zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs mündlich oder schriftlich mit dem behandelnden Arzt Kontakt auf. Dieser füllt dann den Vordruck „Muster 61“ Teil B bis D aus.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

Zu 4. Anstoß durch den Pflegegutachter:

Die Pflegekassen lassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 14

Den Vordruck Muster 61 Teil A benutzt der Vertragsarzt nur, wenn er den zuständigen Rehabilitationsträger nicht kennt oder er einen Rehabilitationsbericht des Versicherten durch die Krankenkasse wünscht. Der Teil B bis D wird dagegen nur verwendet, wenn der Vertragsarzt eine medizinische Rehabilitationsleistung verordnen will und die Krankenkasse dafür Kostenträger ist.

4.2 Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen

Die medizinischen Rehabilitationsleistungen der AOK zielen darauf ab,

- die Fähigkeit, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und die täglichen Verrichtungen des Alltags selbstständig zu bewältigen bzw. positiv zu beeinflussen,
- den Grad der Pflegebedürftigkeit zu mindern bzw. den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu verhindern und/oder
- die Erwerbsfähigkeit bei erwerbstätigen Menschen wieder herzustellen bzw. zu erhalten.

Außerdem sollen durch die Rehabilitationsleistungen laufende Sozialleistungen wie Pflegegeld, Renten, Übergangsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld und Verletzengeld vermieden oder in ihrer Dauer bzw. Intensität gemindert werden (z.B. Einstufung in einen niedrigeren Pflegegrad).

Vor Bewilligung einer medizinischen Rehabilitationsleistung sind stets alle Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen. Hierzu zählen die Beurteilung,

- ob der behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Mensch rehabilitationsbedürftig ist (vgl. Punkt 4.2.1 dieses Lernbriefs),

- ob andere Rehabilitationsträger vorrangig zuständig sind (vgl. Punkt 4.2.2 dieses Lernbriefs),
- ob der behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Mensch rehabilitationsfähig ist (vgl. Punkt 4.2.3 dieses Lernbriefs),
- welche Rehabilitationsziele realistisch gesehen verfolgt werden sollen (vgl. Punkt 4.2.4 dieses Lernbriefs),
- ob die Rehabilitationsziele erreichbar sind, also ob mit einer positiven Rehabilitationsprognose gerechnet werden kann (vgl. Punkt 4.2.5 dieses Lernbriefs) und
- ob der Versicherte motiviert ist, an der Rehabilitation aktiv mitzuwirken (vgl. §§ 63, 64 SGB I); letzteres ist beispielsweise bei Abhängigkeitskranken wegen der mangelnden Krankheitseinsicht oft nicht oder noch nicht der Fall.

Die oben aufgeführten Fragen sind ihrem Wesen nach medizinischer Natur. Um den Anspruch, die Art, die Dauer und die Weise der beantragten Rehabilitationsleistungen beurteilen und die Auswahl der Einrichtung vornehmen zu können, kann die AOK zur Klärung dieser Fragen den MDK einschalten. Vgl. Punkt 4.2.6 dieses Lernbriefs.

§ 275 Abs. 1 Nr. 1, 2 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

4.2.1 Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit (Rehabilitationsbedarf)

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

§ 8 RehaR

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

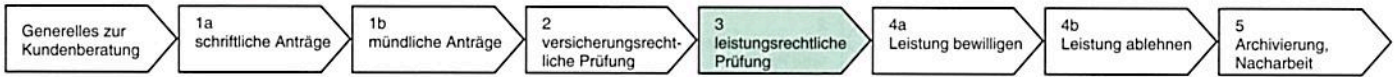
Dieser Rehabilitationsansatz ist nur dann gegeben, wenn im Einzelfall

- die Notwendigkeit von komplexen Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren gegeben ist

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 11 Abs. 2 SGB V, § 26 SGB IX

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



- die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen/sprachtherapeutischen, diätetischen und psychotherapeutischen Versorgung sinnvoll erscheint.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn mit diesen Ansätzen die Krankheitsfolgen bewältigt und das Verhalten mit dem Ziel beeinflusst wird, die negativ wirkenden Kontextfaktoren (ungünstige Lebenshintergründe wie negative Einstellung und Einsicht, negative Mitwelt/Umwelt) zu beseitigen.

§ 7 Abs. 2
RehaR

Ergänzend ist anzumerken, dass Krankenversicherungsleistungen zur medizinischen Rehabilitation nur verordnet werden können, wenn das innerhalb der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich nicht durch

- Leistungen der kurativen Versorgung oder deren Kombination oder
- Leistungen der medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V erreicht werden kann.

4.2.2 Prüfung der Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger

§ 11 Abs. 5,
§ 40 Abs. 4
SGB V

Die Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherung sind gegenüber dem Unfallversicherungsträger und der Rentenversicherung nachrangig. Sobald die AOK erkennt, dass der bei ihr eingegangene Antrag Rehabilitations-/Teilhabeleistungen betrifft und die (vorrangige) Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers gegeben ist, muss sie den Antrag an den vermeintlich zuständigen Träger abgeben. Das gilt auch dann, wenn wegen eines Wechsels der Mitgliedschaft eine andere Krankenkasse zuständig ist oder Leistungen beantragt werden, die nicht zum Leistungsspektrum der Krankenversicherung zählen.

Beispiel

Bei der AOK geht ein Antrag auf Übernahme der Kosten für ein „LPF-Training“ ein. Das LPF-Training (Lernen praktischer Fähigkeiten) hilft blinden Menschen, den Alltag besser zu meistern, z. B.,

- die Farben der Kleidung zu erkennen, um sich selbstständig anzuziehen,
- einen Knopf anzunähen,
- sich das Essen zuzubereiten usw.

Hierbei handelt es sich nicht um eine medizinisch notwendige Krankenversicherungsleistung, sondern um eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Leistungsträger ist das Sozialamt.

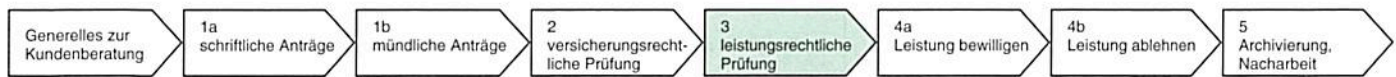
Die Prüfung der Zuständigkeit ist vorzunehmen, sobald erkennbar ist, dass der eingegangene Antrag Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen betrifft. Sie muss innerhalb von 14 Tagen erfolgen. Unterlässt ein Rehabilitationsträger (z. B. AOK) diese Prüfung oder versäumt die Weiterleitung des Antrags innerhalb der Frist, ist er für alle Leistungen leistungspflichtig, die dieser Antrag rehabilitationsträgerübergreifend auslöst. Das wäre grundsätzlich noch nicht so schlimm, denn das SGB X kennt ja unterschiedliche Erstattungsansprüche zwischen den Sozialleistungsträgern. Aber § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX verneint in diesen Fällen ausdrücklich einen Erstattungsanspruch. Wird also schuldhaft die Weiterleitungsfrist versäumt, verweigert der zweitangegangene Rehabilitationsträger die Annahme des Antrags. Folge ist dann die Leistungspflicht des erstangegangenen Rehabilitationsträgers mit dem zwangsläufigen Entstehen eines Vermögensschadens.

§ 14 SGB IX

Fortsetzung des Beispiels

Bei der AOK geht der Antrag auf das LPF-Training am 01. 03. ein. Sie als AOK Mitarbeiter haben bis 15. 03. zu prüfen, wer für die Leistung zuständig ist (Hinweis: Die 14-Tage-Frist des § 14 SGB IX beginnt nach dem Ereignistag, also nach Eingang des Antrags bei der AOK).

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Falls Sie feststellen, dass wie in diesem Fall ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, muss der Antrag spätestens am nächsten Werktag nach dem 15.03. weitergeleitet werden. Andernfalls besteht die Gefahr, für den Antrag leistungsverpflichtet zu werden, ohne später von dem eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger (hier: Sozialamt) einen Ausgleich zu erhalten.

Mehr zur Zuständigkeitsregelung erfahren Sie unter Pkt. 6 dieses Lernbriefs.

Merke

Geht ein Antrag auf Rehabilitations-/ Teilhabeleistungen bei der AOK ein, muss dringend die eigene Zuständigkeit geprüft werden. Sind andere Rehabilitationsträger vorrangig leistungspflichtig, muss der Antrag spätestens am nächsten Werktag nach Ablauf der „14-Tage-Frist“ das Haus der AOK verlassen haben. Andernfalls wird die AOK leistungspflichtig, ohne sich die entstandenen Kosten für die Leistung zurückholen zu können.

4.2.3 Rehabilitationsfähigkeit

Eine weitere Voraussetzung für medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V ist die Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten.

§ 9 RehaR

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

Rehabilitationsfähigkeit besteht dagegen nicht, wenn der Betroffene nach den gewonnenen Erkenntnissen aufgrund seines körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands nicht oder noch nicht in der Lage sein wird, aktiv am Rehabilitationsgeschehen mitzuwirken und somit das gesetzte Rehabilitationsziel zu erreichen. Dabei reicht es nicht

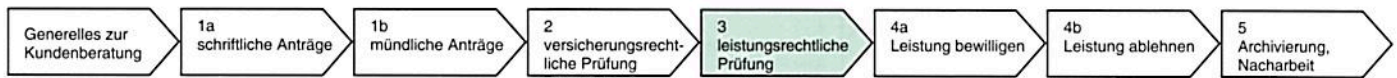
aus, dass lediglich Zweifel an der Rehabilitationsfähigkeit bestehen; die Rehabilitationsträger können die vorgeschlagenen Leistungen erst dann verweigern, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, dass aufgrund der unzureichenden Verfassung, der fehlenden Einsicht bzw. Motivation (letzteres insbesondere bei Suchtkranken) oder aufgrund sonstiger Umstände das Rehabilitationsziel nicht erreicht werden kann. Ggf. sind Alternativleistungen zu prüfen oder – falls die Rehabilitationsfähigkeit noch nicht vorliegt – andere Leistungen vorzuschalten.

Die Rehabilitationsfähigkeit ist nicht nur bei Antragstellung bzw. bei Beginn der Rehabilitationsleistungen zu prüfen, sondern dem Grunde nach jeden Tag. So können z.B. während einer laufenden Rehabilitationsmaßnahme gesundheitliche Rückschläge eintreten, die eine aktive Teilnahme und damit eine Zielerreichung plötzlich unmöglich machen. In diesen Fällen ist die Maßnahme in der Regel sofort zu beenden. Ggf. sind andere Leistungen einzuleiten, damit die Rehabilitationsfähigkeit wieder erreicht wird.

4.2.4 Rehabilitationsziel

Durch die medizinische Rehabilitation sollen nicht nur vorübergehende schädigungsbedingte Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen in der Teilhabe vermieden, beseitigt oder gebessert werden. Nach § 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX sind die Rehabilitationsleistungen darauf ausgerichtet, dem Leistungsberechtigten eine entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die schnelle Eingliederung bzw. Wiedereingliederung eines behinderten Menschen in dessen „normalen“ Lebensalltag (insbesondere Sicherung der eigenen Versorgung und der sonstigen Fähigkeiten zur Erledigung der Grundbedürfnisse wie Fortbewegung, Kommunikation usw.). Entscheidend ist das Erreichen des „einbezogen seins“ des Rehabilitanden in allen seinen ihm wichtigen Lebensbereichen.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Das individuelle Rehabilitationsziel wird in der Regel auf der Grundlage sozialmedizinischer Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zur Rehabilitationsfähigkeit und zur Rehabilitationsprognose des Rehabilitanden bestimmt.

4.2.5 Positive Rehabilitationsprognose

§ 10
RehaR

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 Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren (Lebenshintergründe wie Umwelt und Mitwelt),
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einem notwendigen Zeitraum.

Dabei ist zu beachten, dass die Dauer des zu erwartenden Erfolgs nicht unverhältnismäßig kurz sein darf. Im Allgemeinen geht man davon aus, dass Rehabilitationsleistungen nur dann Sinn machen, wenn der durch das Rehabilitationsziel definierte Erfolg zumindest mehrere Monate andauern wird.

4.2.6 Einbindung des MDK

§ 275 Abs. 1
Nr. 2, Abs. 2
Nr. 1 SGB V

Die Krankenkasse ist verpflichtet, bei der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe stichprobenhaft eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Die Ausgestaltung dieser Regelung ist erläutert in der „Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den MDK“. Dort ist vorgesehen, dass jeder vierte Antrag in der Reihenfolge des Eingangs bei der Krankenkasse sowie alle Zweifels- und Problemfälle zu prüfen sind. Erkundigen Sie sich bei Ihren Kollegen, in welcher Form die Stichprobenregelung bei Ihrer AOK umgesetzt wird.

Werden Anträge auf Leistungen zur Vorsorge bzw. Rehabilitation und Anträge auf Verlängerung von rehabilitativen Leistungen vorgelegt, bewertet der MDK,

- ob eine medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistung notwendig und Erfolg versprechend ist oder
- ob andere Behandlungen zu empfehlen sind.

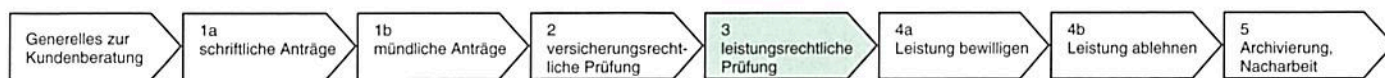
Je nach Lage des Einzelfalls ist dabei eine Beurteilung nach Aktenlage möglich. In selteneren Fällen wird der Arzt des MDK Sie auffordern, den Kunden zu einer Untersuchung in die Dienststelle des MDK einzuladen.

Befürwortet der MDK-Gutachter die beantragte Maßnahme nicht, gibt er sozialmedizinisch begründeten Rat, indem er eine konkrete Behandlungsalternative nennt.

Damit der MDK über den Antrag entscheiden kann, benötigt er von Ihnen als AOK-Mitarbeiter alle Informationen, die für eine Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind. Dazu gehören je nach Fragestellung u.a.:

- ärztliche Bescheinigungen
- Krankenhauszwischenberichte oder -entlassungsberichte
- Angaben zur Arbeitsplatzsituation
- Angaben zur sozialen Lebenssituation (z.B. allein lebend, betreutes Wohnen etc.) und zu rehabilitationsrelevanten Kontextfaktoren (z.B. Unterstützung durch Bezugspersonen im Wohnumfeld, Verfügbarkeit rehabilitativer Angebote im Einzelfall)
- Diagnosen einschließlich Abhängigkeits-erkrankungen
- Angaben zu rehabilitationsrelevanten Schädigungen, möglichst anhand vorliegender Untersuchungsbefunde
- Angaben zu bestehenden nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



- bei einem Akutereignis: Angaben zum Zeitpunkt und zu diesbezüglich bereits erfolgten Maßnahmen der Frührehabilitation oder medizinischen Rehabilitation unabhängig vom Ort ihrer Erbringung
- bei bereits länger bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe ohne relevantes Akutereignis: Angaben über deren Umfang, Dauer und zeitliche Entwicklung (kontinuierliche Verschlimmerung oder schubweiser Verlauf)
- Angaben zu bisherigen Maßnahmen mit präventiver und/oder rehabilitativer Zielsetzung (Hilfsmittel, Heilmittel, Frührehabilitation, medizinische Rehabilitation), ggf. mit Dauer, Intensität und Behandlungsergebnis
- Angaben zur Ausprägung bestehender kognitiver (geistiger) Beeinträchtigungen
- Angaben zur Motivation und Motivierbarkeit hinsichtlich der aktiven Teilnahme an präventiven und/oder rehabilitativen Maßnahmen
- Angaben zu realistischen alltagsrelevanten Rehabilitationszielen, die auf die Verminderung oder Beseitigung des Hilfebedarfs gerichtet sind

§ 35 SGB I

Achten Sie jedoch darauf, dass die Versicherungsdaten dem Sozialgeheimnis unterliegen. Damit der Sozialdatenschutz gewährleistet ist, sind vom Arzt die Arzt- oder Krankenhausberichte im verschlossenen Umschlag an den MDK zu senden. Die AOK ist nicht berechtigt, diese Umschläge zu öffnen.

4.3 Auswahl der Einrichtung

Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

3 leistungsrechtliche Prüfung

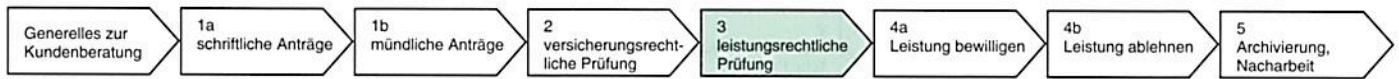
§ 40 Abs. 3 SGB V

Kann der Versicherte Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 oder 2 SGB V beanspruchen, ist zunächst zu klären, ob die Rehabilitation stationär in einer Rehabilitationsklinik oder ambulant in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden kann. Wissen Sie noch, unter welchen Umständen im Vergleich zu einer ambulanten Rehabilitation eine stationäre Form unumgänglich ist?

Unter www.rehakliniken.de finden Sie in einem Nachschlagewerk eine Vielzahl von Kliniken und Einrichtungen, die sich vorstellen und ihre unterschiedlichen Rehabilitationsleistungen anbieten. Fragen Sie Ihre Kollegen, bei welcher Indikation in der Regel welche (Vertrags-)Rehabilitationskliniken bzw. -einrichtungen von Ihrer AOK belegt werden und welche Konditionen vereinbart sind. Informieren Sie sich auch über das Auswahl- und Belegungsverfahren, das Ihre AOK praktiziert.

Neben den in Pkt. 4 dieses Lernbriefs aufgeführten Indikationen gibt es seit 01. 04. 2007 auch die mobile Rehabilitation. Die mobile Rehabilitation ist ein (zu Hause) aufsuchendes medizinisches Rehabilitationsangebot und damit eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation. Ein interdisziplinäres Team erbringt Maßnahmen zur Rehabilitation in der Wohnung des Patienten. Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf. Die mobile Rehabilitation kann auch in einem stationären Pflegeheim erbracht werden (sofern die Voraussetzungen vorliegen). Allerdings befindet sich die mobile Rehabilitation noch im Aufbau und ist wegen der hohen Kosten für die Krankenkasse nur für wenige Rehabilitanden von Bedeutung. Erkundigen Sie sich bei Ihrer AOK, ob sich in Ihrer Region Leistungserbringer niedergelassen haben, die die mobile Rehabilitation anbieten.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 40 Abs. 3
SGB V

4.4 Dauer

Die Krankenkasse bestimmt die Dauer nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls nach pflichtgemäßem Ermessen. Hierzu kann sie auf die Empfehlung durch den MDK unter Berücksichtigung der medizinischen Befunde und der im Einzelfall empfohlenen Leistungen zurückgreifen. In der Regel dauern die stationären Rehabilitationsleistungen drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. So kann die Dauer der Rehabilitationsleistungen z. B. bei neurologischen Erkrankungen wegen der Komplexität der Schädigungen (z. B. Erlernen von Ersatzstrategien bei ausgeprägten Lähmungserscheinungen der linken oder rechten Körperhälfte) mehrere Wochen, bei Sucht-Entwöhnungsmaßnahmen wegen der mit Abhängigkeitserkrankung verbundenen Willensmüdigkeit und Rückfallgefahr sogar sechs Monate dauern.

Ambulante Rehabilitationsleistungen einschließlich ambulanter Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V sollen auf längstens 20 Behandlungstage (Tage, an denen eine Therapie stattfindet) erbracht werden. Verlängerungen sind möglich, wenn diese medizinisch indiziert sind.

Die Dauer von Rehabilitationsleistungen ist immer nach der Schwere der Schädigungen und dem geplanten Rehabilitationsziel zu beurteilen. AOK-Mitarbeiter, die im Rehabilitationsbereich tätig sind, haben hier Erfahrungswerte und müssen zur Beurteilung der Dauer der Rehabilitationsleistung nicht jedes Mal den MDK einschalten. Es ist möglich, dass z. B. eine Rehabilitationsleistung zunächst auf beispielsweise drei Wochen genehmigt wird und dann von der Rehabilitationsklinik/-einrichtung ein Verlängerungsantrag mit einer medizinischen Begründung für die Notwendigkeit einer längeren Rehabilitation gestellt wird.

Beispiel

Adolf Müller, 76 Jahre, hat einen Herzinfarkt erlitten. Nach 14-tägigem Krankenhausaufenthalt hat er eine zunächst dreiwöchige stationäre medizinische Rehabilitationsleistung in der Reha-Klinik Sonnenwald begonnen. Aufgrund seines Alters ist das geplante Rehabilitationsziel nach Ablauf der dreiwöchigen Dauer noch nicht erreicht. In der dritten Woche schreibt deshalb die Reha-Klinik die AOK an und bittet unter Beifügung eines ärztlichen Zwischenberichts um die Genehmigung einer zweiwöchigen Verlängerung. Der MDK ist der Ansicht, dass eine einwöchige Verlängerung ausreicht. Die AOK erklärt sich dann gegenüber der Klinik bereit, die Kosten für (zunächst) eine Verlängerungswoche zu übernehmen. Meint die Reha-Klinik nach Ablauf der Verlängerungswoche, dass ein weiterer Aufenthalt von Adolf Müller in der Reha-Klinik notwendig ist, ist die Verlängerung erneut zu beantragen.

4.5 Wiederholungsintervall

Die Wiederholung von medizinischen Rehabilitationsleistungen innerhalb von vier Jahren nach der Durchführung solcher oder ähnlicher Maßnahmen ist grundsätzlich ausgeschlossen. Der Gesetzgeber trägt damit dem gestiegenen Qualitätsstandard in der Reha-Medizin Rechnung, dass nach Erbringung medizinischer Leistungen nur noch in wenigen Fällen vor Ablauf von vier Jahren eine weitere Rehabilitationsleistung notwendig ist. Der Vier-Jahres-Zeitraum beginnt am ersten Tag nach der Entlassung aus der vorherigen Rehabilitationsbehandlung.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 40 Abs. 3
Satz 4
SGB V

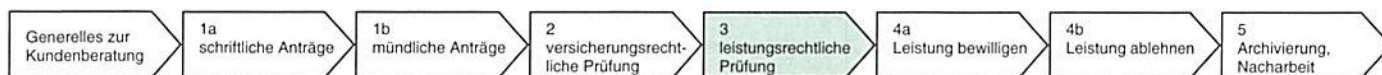
Beispiel

Die letzte stationäre Rehabilitationsleistung endet am 13. 10. 2017.

Folge

Eine erneute medizinische Rehabilitationsleistung kann grundsätzlich frühestens ab 14. 10. 2021 durchgeführt werden.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Bei der Prüfung, ob seit der letzten Rehabilitationsleistung mindestens vier Jahre vergangen sind, sind nur solche Leistungen zu berücksichtigen, die den medizinischen Rehabilitationsleistungen zuzuordnen sind. Nicht angerechnet werden Vorsorgeleistungen (z. B. §§ 23, 24 SGB V), weil diese unter einer vollkommen anderen Zielsetzung erbracht werden.

Bei der Prüfung des Vier-Jahres-Zeitraums sind auch Leistungen anderer Sozialleistungsträger zu berücksichtigen, die unter der Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation durchgeführt wurden. Neben den Rehabilitationsleistungen der Krankenkasse i. S. d. § 40 SGB V lösen somit zwischenzeitlich erbrachte Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung einen neuen Vier-Jahres-Zeitraum aus. Somit kann der Versicherte beispielsweise die Leistungen nicht alternierend in einem Jahr von seiner Krankenkasse und im anderen Jahr vom Rentenversicherungsträger beanspruchen.

Eine Wiederholung der medizinischen Rehabilitationsleistung ist jedoch angezeigt, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist. Diese Dringlichkeit ist bei allen Rückfällen oder neuen Erkrankungen, die für sich einen neuen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen begründen (z. B. zweiter Herzinfarkt), gegeben. Gleiches gilt, wenn aus sonstigen medizinischen Gründen zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs Rehabilitationsleistungen notwendig werden.

Beispiel

Bettina Wald hat Rheuma und erhielt zuletzt zulasten der Rentenversicherung eine ambulante medizinische Rehabilitationsleistung im März 2016. Mittlerweile ist sie Altersrentnerin. Am 18. 08. 2017 erleidet sie einen heftigen Rheumaschub. Seitdem ist ihre Bewegungsfähigkeit an Händen und Beinen so stark eingeschränkt, dass sie im Rollstuhl sitzen muss und den Rollstuhl selbst kaum bewegen kann. Deshalb stellt sie am 20. 10. 2017 einen Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistungen bei der AOK.

Folge

Vier Jahre nach Ablauf der letzten Rehabilitationsleistung sind noch nicht abgelaufen. Grundsätzlich kommt keine neue Rehabilitationsleistung in Betracht. Allerdings ist aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes ein dringender, erneuter Rehabilitationsbedarf gegeben. Eine neue Rehabilitationsleistung ist deshalb auch schon vor Ablauf der vier Jahre möglich.

4.6 Zuzahlung

Versicherte, die eine ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitationsleistung erhalten und das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 10 € an die Rehabilitationsklinik/-einrichtung. Die Zuzahlung ist sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu leisten, von der Rehabilitationsklinik/-einrichtung einzuziehen und an die Krankenkasse weiterzuleiten bzw. von dem Rechnungsbetrag an die AOK abzusetzen.

Allerdings kann der Versicherte unter den Voraussetzungen des § 62 SGB V wegen finanzieller Überbelastung von der Zuzahlung befreit werden. Falls er der Rehabilitationsklinik/-einrichtung keinen Befreiungsantrag vorlegt, kann er bei der AOK nachträglich die Erstattung der verauslagten Beträge beanspruchen.

Besonderheiten hinsichtlich der Dauer der Zuzahlung gelten in den Rehabilitationsfällen, in denen die Erkrankung des Versicherten in einer der vom Spitzenverband Bund entwickelten Indikationsliste aufgeführt ist.

Bei stationären Rehabilitationsleistungen haben die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen die Zuzahlungsdauer auf 28 Kalendertage begrenzt, wenn die Erkrankung des Versicherten einer der folgenden Indikationen zugeordnet werden kann:

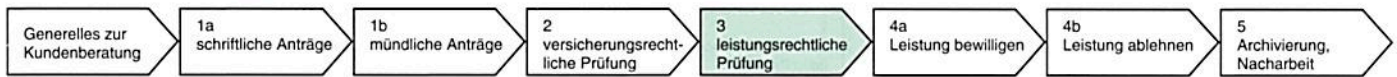
- Entwöhnungsbehandlungen wegen einer Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit
- Rehabilitationsleistungen wegen einer psychischen Erkrankung mit Ausnahme von neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 40 Abs. 5
SGB V

§ 40 Abs. 7
SGB V,
Indikationsliste v.
16. 10. 1997

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



- geriatrische Rehabilitationsleistungen (Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen)
- Rehabilitationsleistungen, die aus medizinischen Gründen vor Ablauf der Vier-Jahresfrist dringend erforderlich sind und in einem medizinischen Zusammenhang zueinander stehen

Die Begrenzung der Zuzahlungsdauer auf 28 Kalendertage bedeutet zugleich, dass die innerhalb eines Kalenderjahres bereits geleistete Zuzahlung für einen Krankenhausaufenthalt oder für eine vorhergehenden Rehabilitationsleistung angerechnet wird.

1. Beispiel

Vollstationäre medizinische Rehabilitationsleistung vom 12. 06. bis 18. 07. (37 Tage) wegen der Folgen eines Unfalls (mehrfache Arm- und Beinbrüche)

Der 80-jährige Versicherte ist von der Zuzahlung nicht befreit. Vor der Rehabilitationsleistung wurde er vom 05. bis 25. 05. stationär im Krankenhaus behandelt.

Folge

Der Versicherte hat während der stationären Rehabilitationsleistung eine Zuzahlung in Höhe von 370 € (37 x 10 €) zu zahlen.

2. Beispiel

Wie Beispiel 1, jedoch vollstationäre medizinische geriatrische Rehabilitationsleistung

Folge

Der Versicherte hat während der stationären Rehabilitation eine Zuzahlung für sieben Tage zu leisten (28 Tage – 21 Tage).

Außerdem findet im Zusammenhang mit der aufgeführten „Indikationsliste“ eine Begrenzung der Zuzahlungsdauer bei stationären Rehabilitationsleistungen dann statt, wenn die Dauer der stationären Rehabilitationsleistungen 42 Kalendertage überschreitet. In diesen Fällen wirkt die Befreiung rückwirkend ab dem 29. Tag der aktuellen stationären Rehabilitationsleistung.

3. Beispiel

Vollstationäre medizinische Rehabilitationsleistung vom 12. 01. bis 03. 02. (23 Tage) wegen einer orthopädischen Grunderkrankung.

Aufgrund medizinischer Gründe ist eine erneute Einweisung wegen der gleichen Erkrankung in eine medizinische Rehabilitation vor Ablauf der vier Jahre erforderlich. Die Einweisung in die stationäre Rehabilitationseinrichtung erfolgt vom 12. 06. bis 18. 07. (37 Tage).

Folge

Der Versicherte hat während des erneuten Aufenthaltes in die Rehabilitationseinrichtung eine Zuzahlung in Höhe von 5 Tage zu leisten (28 Tage – 23 Tage).

4. Beispiel

Vollstationäre medizinische Rehabilitationsleistung (Entwöhnungsbehandlung) für die Zeit vom 12. 06. bis 27. 09. (108 Tage)

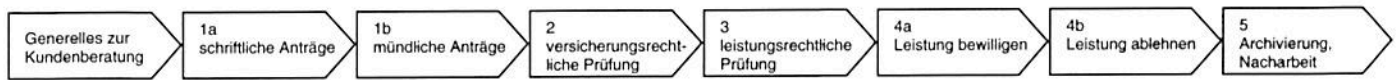
Folge

Der Versicherte hat während der stationären Rehabilitationsleistung lediglich eine Zuzahlung in Höhe von 280 € (28 Tage x 10 €) zu zahlen.

Besonderheiten gelten außerdem bei einer Anschlussrehabilitation (vgl. Punkt 5.1 dieses Lernbriefs).

Bei einer ambulanten Rehabilitationsleistung ist die Zuzahlung vom Versicherten für jeden Therapietag zu leisten. Wenn eine Therapie i. S. d. § 40 SGB V nur dreimal in der Woche stattfindet, ist die Zuzahlung in dieser Woche auch nur für diese drei Tage zu entrichten. Sonst gelten die oben aufgeführten Ausführungen zur Minderung der Zuzahlungsdauer.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



4.7 Übungen zum Lernabschnitt 4 Übung 3

Übung 2

Sabine Christ wohnt zusammen mit ihrem ebenfalls übergewichtigen Mann im zweiten Stock einer Altbauwohnung, die keinen Aufzug besitzt. Sie ist AOK-familienversichert und 55 Jahre alt. Seit Jahren leidet sie wegen ihres ausgeprägten Adipositas (BMI 58) an Arthrose in beiden Kniegelenken. Aufgrund ihres Übergewichts und den Schmerzen im Kniegelenk lebt sie zurückgezogen und bewegte sich mit dem Rollstuhl nur im häuslichen Umfeld fort. Vor kurzem wurden ihr zwei künstliche Kniegelenke eingesetzt. Da ihre Beinmuskulatur nicht trainiert ist, ist sie schon zweimal im Flur ihrer Wohnung gestürzt und hat Angst in ihrem Zustand Treppen zu steigen. Die künstlichen Kniegelenke empfindet sie immer noch als Fremdkörper. Außerdem haben ihr die Ärzte empfohlen, dringend ihr Gewicht zu reduzieren, um die Kniegelenke zu entlasten. Morgen hat sie einen Termin bei ihrem Hausarzt und möchte sich über eine medizinische Rehabilitationsleistung nach § 40 SGB V erkundigen.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe 2.1

Welche Gründe sprechen dafür, dass eine Rehabilitation notwendig erscheint?

Aufgabe 2.2

Würde sich aufgrund der Ihnen bekannten Daten eher eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistung anbieten?

Aufgabe 2.3

Die AOK erhält vom behandelnden Arzt den Vordruck zur Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation (Muster 61 Teil B bis D). Führen Sie stichwortartig die einzelnen notwendigen Prüfschritte bis zur Bewilligung der Leistung in einem Ablaufschema auf.

Heute erhalten Sie für Ihren Versicherten, Leo Bommel, den Vordruck Muster 61 Teil B bis D (Seite 26 bis 28). Nach Durchsicht der Unterlagen stellen Sie fest, dass Leo Bommel bereits eine Altersrente bezieht.

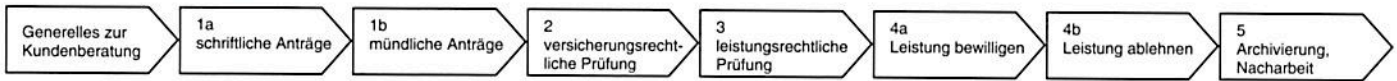
Hinweis

Es genügt die Lösung ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage

Ist ein Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen der AOK gegeben? Wenn ja, kommen nach Ihrer Einschätzung ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen in Betracht?

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>Krankenkasse bzw. Kostenträger</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">AOK Gesund</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><small>Name, Vorname des Versicherten</small></td> <td style="text-align: right;">07.07.44 <small>geb. am</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Bommel, Leo</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Ernst-Lemmer-Ring 40, 89899 Oberhopfen</td> </tr> <tr> <td><small>Kostenträgerkennung</small></td> <td><small>Versicherten-Nr.</small></td> <td><small>Status</small></td> </tr> <tr> <td>8017779</td> <td>W123456789</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><small>Betreibsstellen-Nr.</small></td> <td><small>Arzt-Nr.</small></td> <td><small>Udatum</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>22.07.</td> </tr> </table>	<small>Krankenkasse bzw. Kostenträger</small>			AOK Gesund			<small>Name, Vorname des Versicherten</small>		07.07.44 <small>geb. am</small>	Bommel, Leo			Ernst-Lemmer-Ring 40, 89899 Oberhopfen			<small>Kostenträgerkennung</small>	<small>Versicherten-Nr.</small>	<small>Status</small>	8017779	W123456789	5	<small>Betreibsstellen-Nr.</small>	<small>Arzt-Nr.</small>	<small>Udatum</small>			22.07.	<h3 style="text-align: center;">Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B</h3> <p style="text-align: center;">Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</p> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit</p> <p>Bei gleichrangiger Zuständigkeit <i>(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV</p>
<small>Krankenkasse bzw. Kostenträger</small>																												
AOK Gesund																												
<small>Name, Vorname des Versicherten</small>		07.07.44 <small>geb. am</small>																										
Bommel, Leo																												
Ernst-Lemmer-Ring 40, 89899 Oberhopfen																												
<small>Kostenträgerkennung</small>	<small>Versicherten-Nr.</small>	<small>Status</small>																										
8017779	W123456789	5																										
<small>Betreibsstellen-Nr.</small>	<small>Arzt-Nr.</small>	<small>Udatum</small>																										
		22.07.																										

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **	
1. Komplikation Gelenkdrothese	T 84.0	L		
2. Kreuzschmerz	M 54.5			
3. Angst und depressive Störung, gemischt	F 41.2			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen				
4. _____				
5. _____				
6. _____				

* Seitenlokalisierung
R = rechts
L = links
B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meistwahrscheinliche Erkrankung (z. B. HSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

Schmerzen und Bewegungseinschränkung li. Knie, Schmerzen gesamte Wirbelsäule wegen Fehlhaltung, starke Depression wegen befürchteter Mobilitätseinschränkung, Angststörung; Gelenk-OP vor 3 Wochen.

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

Bewegungseinschränkung li. Knie nach OP, unsicheres Gangbild, psychische Dekompensation

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Krankengymnastik im Krankenhaus;

Krankenhausentlassung vor einer Woche; bisher keine Heilmittel

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

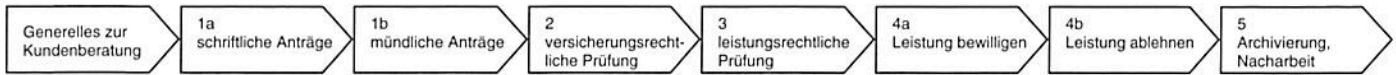
nein ja, welche? _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

später: Reha-Sport

Ausfertigung für die Krankenkasse
Muster 61 Teil Bg (4/2016)

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Name, Vorname des Versicherten Bommel, Leo	Kostenträgerkennung 8017779	Versicherter-Nr. W123456789	61 Teil C
--	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren
(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung[sbedarf], sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

Wohnt im 2. Stock in einem Haus ohne Aufzug. Allein lebend. Hat zwar ab und zu Kontakt mit Hausbewohnern, aber sonst zurzeit keinerlei soziale Kontakte. Bekommt seit 2 Monaten mittags "Essen auf Rädern".

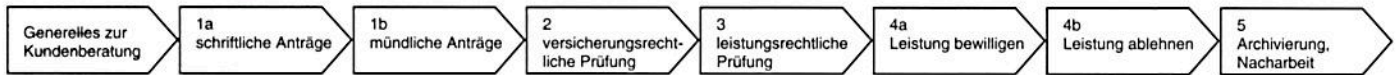
2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel
 Fehlhaltung
 Übergewicht
 Untergewicht
 Medikamente
 Nikotin
 Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil C (4/2016)

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



<small>Name, Vorname des Versicherten</small> Bommel, Leo	<small>Kostenträgerkennung</small> 8017779	<small>Versicherten-Nr.</small> W123456789	61 Teil D
---	--	--	------------------

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen
Schmerzreduzierung/ -distanzierung, Lösung der Depression, Herstellung des Gangbildes,
Verbesserung der Mobilität

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär

Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein ja, welche? **Laktoseintoleranz**

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

ja nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

ja nein

D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter _____

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

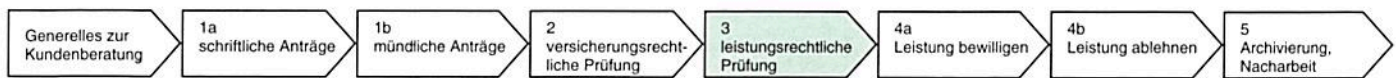
Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum **2 2 0 7**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 61 Teil Da (4/2016)

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Übung 4

Für welche Dauer ist während der nachfolgend aufgeführten Rehabilitationsleistungen eine Zuzahlung zu leisten?

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Sachverhalt 4.1

Entgiftung (Krankenhausbehandlung) vom 01. bis 10. 02., im Anschluss stationäre Entwöhnung wegen Medikamentenabhängigkeit bis 29. 07.

Sachverhalt 4.2

Krankenhausbehandlung vom 01. bis 10. 02. und Rehabilitation wegen der Folgen eines Herzinfarkts für einen 46-jährigen Versicherten (keine Anschlussrehabilitation) vom 15. 05. bis 17. 06.

Sachverhalt 4.3

Rehabilitation wegen psychischer Rehabilitation vom 15. 05. bis 29. 09.

5 Besondere Rehabilitationsformen und Rehabilitation für besondere Personengruppen

5.1 Anschlussrehabilitation

Lernbeispiel 2

Bei Ihnen geht heute der auf den nächsten Seiten abgedruckte Antragvordruck ein. Dieser wurde vom Krankenhausarzt ausgefüllt und vom Versicherten unterschrieben. Ist eine Rehabilitationsleistung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu genehmigen?

Die stationäre Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 2, Abs. 6 SGB V ist eine Rehabilitationsleistung, die sich unmittelbar an einen stationären Krankenhausaufenthalt anschließt, wobei zwingend ein medizinischer Zusammenhang zwischen der Behandlung im Krankenhaus und der Anschlussrehabilitation bestehen muss.

Die Anschlussrehabilitation – in der Fachsprache auch als AR bezeichnet – wurde in den 70er Jahren geschaffen, nachdem man festgestellt hatte, dass eine Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationsklinik ohne zeitliche Verzögerung (keine Wartezeit zuhause) den Rehabilitationserfolg fördert, weil nicht wertvolle Zeit ohne intensive Therapie verloren geht. Die Anschlussrehabilitationskliniken verpflichteten sich, einen nicht unbeachtlichen Teil ihrer Betten für die Anschlussrehabilitation freizuhalten.

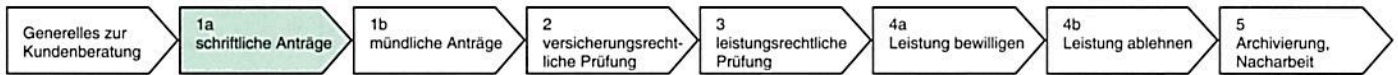
In der Regel wird die Anschlussrehabilitation durch den behandelnden Krankenhausarzt über einen Antragsvordruck eingeleitet.

Die Anschlussrehabilitation ist nicht auf bestimmte Indikationen begrenzt. Eine Verlegung in eine Rehabilitationsklinik macht aber erst dann Sinn, wenn

- die Akutphase abgeklungen ist,
- der Patient in der Lage ist, psychisch und physisch einer Rehabilitation zu folgen und
- Transportfähigkeit besteht.

3 leistungsrechtliche Prüfung

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

1a
schriftliche
Anträge

AOK - Bezirksdirektion

AOK – Die Gesundheitskasse



Antrag auf Anschlussrehabilitation

Angaben zur Person

Vorname Name
 Geburtsdatum KV-Nr.
 Straße Hausnummer
 PLZ Wohnort
 Telefonnummer Die Angabe Ihrer Telefonnummer erfolgt freiwillig, sie erleichtert uns jedoch die Arbeit bei Rückfragen.
 versichert bei AOK-Bezirksdirektion

Indikation

Geriatrie (Anlage 1) Weiterleitung an die AOK-Bezirksdirektion
 Neurologie (Anlage 1)
 Andere Indikation

Ambulante Maßnahmen am Wohnort halte ich nicht für ausreichend, weil

Aufnahmetag im Krankenhaus

I. Diagnosen

A. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen nach ICD-10

1. <input type="text" value="Anorexia nervosa"/>	<input type="text" value="F 50.0 G"/>
2. <input type="text" value="abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle"/>	<input type="text" value="F 33.1 G"/>
3. <input type="text" value="akute schizophreniforme psychotische Störung"/>	<input type="text" value="F 23.1"/>

Besteht ein Zusammenhang zwischen der beantragten Rehabilitation und einem Unfall bzw. einer Berufskrankheit? ja nein

ggf. Angaben zur Operation

Datum der Operation Art der Operation
 Pflegestufe im Sinne der Pflegeversicherung bekannt? 0 I II III nicht bekannt

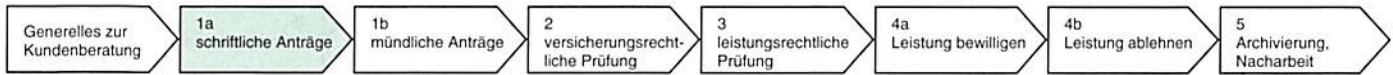
B. Komplikationen im Verlauf

nein ja, folgende:

C. Aktuelle Therapie

Medikation
 Derzeit verwendete Hilfsmittel Rollstuhl Gehwagen
 Gehstützen Sonstige
 Sonstige Therapie

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Antrag auf Anschlussrehabilitation Seite 2
 Vorname Name Steffi Birke geboren am 21. 04. 2000

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Darstellung als Anlage)

körperliche Schädigung geistige Schädigung seelische Schädigung

(jeweils konkrete Beschreibung notwendig)

Die Schülerin leidet an chronischer Unterernährung; rezidivierende depressive Störung

Größe 155 cm, Gewicht 39,8 kg

B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	keine Beeinträchtigung	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z.B. Wechsel der Körper- haltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z.B. Hygiene, An-/ Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z.B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige /ggf. nähere Angaben Die Schülerin ist nicht in der Lage, ausreichend Nahrung zu sich zu nehmen;

Körperschema gestört; erkrankungstypisch sehr ehrgeizige Schülerin

Aktuelle Assessment-Ergebnisse (soweit vorhanden, bitte benennen und beifügen)

C. Kontextfaktoren

Sind Kontextfaktoren (Umfeldfaktoren und personenbezogene Faktoren) besonders relevant?
(wenn ja, **Anlage 2** ausfüllen und beifügen) ja nein

Risikofaktoren

Nikotin Alkohol Drogen

III. Rehabilitationsfähigkeit

Ist der Patient zeitlich, örtlich und zur Person orientiert? ja nein

Verfügt der Patient über ausreichend physische und psychische Belastbarkeit
sowie über die erforderliche Motivation, um täglich mehrmals ca. 30 Minuten
aktiv in der Therapie mitzuarbeiten? ja nein

Ist der Patient mobil ja nein
im Zimmer ja nein
auf Stationsebene? ja nein
ggf. benötigte Hilfen: _____

Ist die Wundheilung abgeschlossen? ja nein

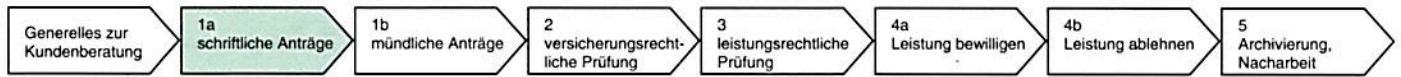
Im Falle von Frakturen/Osteosynthesen/Gelenkersatz/Wirbelsäulen-Operationen:

voll belastbar
 übungsstabil nur teilbelastbar mit _____ kg bis zu _____
 nicht belastbar

Weitere Angaben:

Wird Hilfe bei den täglichen Verrichtungen benötigt? ja nein
wenn ja, bitte **Anlage 1** ausfüllen und beifügen

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Antrag auf Anschlussrehabilitation Seite 3
 Vorname Name Steffi Birke geboren am 21. 04. 2000

IV. Rehabilitationsziel

Es sollen die folgenden konkreten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele erreicht werden (in den unter II.B. genannten Bereichen):

Die Schülerin soll ein normales Hunger- und Sättigungsgefühl entwickeln; das Gewicht und das Körperschema soll sich normalisieren; altersgerechte Freundschaften sollen sich entwickeln; die sehr ehrgeizige Schülerin soll außerdem ihre Schuldgefühle wegen des Todes ihres Vaters verarbeiten

V. Rehabilitationsprognose

In Bezug auf die oben genannten Ziele wird das Rehabilitationspotenzial wie folgt eingeschätzt:

sehr gering gering mittel hoch sehr hoch

VI. Besondere Angaben (z.B. Prothesenträger/Dialyse/Blindheit/Aphasie)

Tracheostoma PEG Blasenkatheter Künstlicher Darmausgang
 Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Isolationsbedürftige Keime (z.B. MRSA)
 Sonstige _____

VII. Rehabilitationsform

ambulante Rehabilitation (sofern wohnortnahes Angebot vorhanden) stationäre Rehabilitation

VIII. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z.B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, sowie für geh-, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

Geplantes Aufnahmedatum in der Rehabilitationseinrichtung 21.10

IX. Transportmittel

Öffentliche Verkehrsmittel Sonstige _____
 PKW Begleitperson für die Anreise erforderlich

 Stempel und Name: Krankenhaus

Dr. Quader
 Datum und Unterschrift: Ärztin/Arzt

 Telefon-Nr. / Fax-Nr.

 Ansprechpartner: KH-Sozialdienst

 Telefon-Nr. / Fax-Nr.

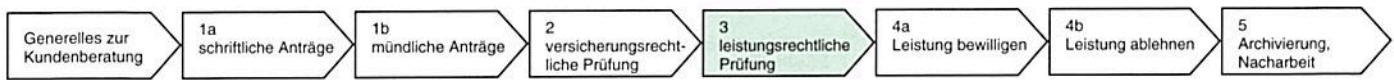
Erklärung der / des Versicherten

Ich bin mit der Antragsstellung einverstanden.

11.10.
 Datum

Steffi Birke
 Unterschrift: Antragsteller

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



3 leistungsrechtliche Prüfung

Im Indikationsbereich Neurologie gelten besondere Voraussetzungen.

Die Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung muss bei einer Anschlussrehabilitation

- unmittelbar im Anschluss vom Krankenhausaufenthalt in die Einrichtung oder
- (grundsätzlich) innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung erfolgen.

Ist eine Verlegung wegen

- medizinischer Gründe (z.B. Wundheilungsstörungen) oder
- anderer zwingender Gründe (z.B. Kapazitäts- oder andere organisatorische Gründe)

nicht innerhalb der 14 Tage möglich, gilt die Rehabilitation noch als Anschlussrehabilitation, wenn eine Verlegungsfrist von sechs Wochen eingehalten wird und ein ursächlicher medizinischer Zusammenhang zwischen der Krankenhausbehandlung und der Anschlussrehabilitation besteht.

Für den Versicherten hat die Anschlussrehabilitation einen entscheidenden Vorteil auch bei der Zuzahlung. Diese ist lediglich für höchstens 28 Tage je Kalenderjahr zu leisten. Auf die Höchstzuzahlungsdauer werden auch Zeiten einer im selben Kalenderjahr vorangegangenen Rehabilitationsleistung (auch bei einem anderen Rehabilitations-träger) oder Krankenhausbehandlung angerechnet. Aufnahme und Entlassungstag gelten auch hier als jeweils ein Tag.

Beispiel

Stationäre Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse vom 12. bis 15. 03. (vier Tage) wegen eines Leberleidens. Erneute stationäre Krankenhausbehandlung wegen eines Rheumaschubs in der Zeit vom 28. 10. bis 11. 11. (15 Tage).

Vollstationäre medizinische Rehabilitationsleistung vom 12. 11. bis 15. 12. (34 Tage) wegen Rheuma (Anschlussrehabilitation).

Der 38-jährige Versicherte ist nicht von der Zuzahlung befreit.

Folge

Die 4- und 15-tägige Krankenhausbehandlung ist bei der Rehabilitationsleistung auf die 28-tägige Zuzahlungsdauer anzurechnen. Der Versicherte hat während der stationären Rehabilitationsleistung lediglich noch eine Zuzahlung für längstens neun Tage zu leisten.

Beachten Sie bei den Zuzahlungen auch die Indikationen „Sucht“, „psychische Erkrankung“ und „Geriatric“ sowie die Parameter „Anschlussrehabilitation“ und „Rehabilitationsdauer über 42 Tage“.

Merke**Die Zuzahlungsdauer bei**

- **Entwöhnungsbehandlung wegen Abhängigkeit (Sucht),**
 - **psychischer Erkrankung (ohne neurotischer und psychosomatischer Erkrankung),**
 - **geriatrischer Rehabilitation,**
 - **schwere und chronische Erkrankung, die vor Ablauf der 4-Jahresfrist dringend med. erforderlich ist,**
 - **Anschlussrehabilitation,**
 - **sonstigen Rehabilitationsleistungen, die länger als 42 Tage dauern,**
- beträgt 28 Tage. Die innerhalb eines Kalenderjahres bereits geleistete Zuzahlung für einen Krankenhausaufenthalt oder für eine vorhergehende Rehabilitationsleistung wird angerechnet.**

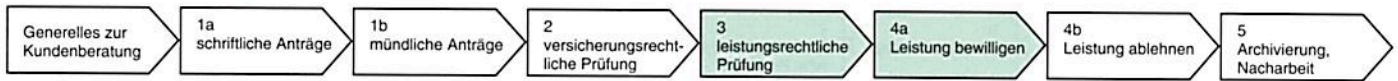
Zum Lernbeispiel 2 von Seite 29

Steffi Birke, Versicherte der AOK, ist

- rehabilitationsbedürftig, da ein Teilhabebedarf besteht (alltagsrelevante Beeinträchtigungen laut Abschnitt II.B des Antragsvordrucks) und Leistungen der Krankenhausbehandlung nicht mehr ausreichen, um die Integration in den Alltag zu sichern (aufgrund des Krankheitsbildes ist ein interdisziplinärer, ganzheitlicher Ansatz notwendig) und
- rehabilitationsfähig (vgl. Abschnitt III des Antragsvordrucks).

§ 40 Abs. 6 SGB V

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Bezogen auf das Rehabilitationsziel ist die Rehabilitationsprognose hoch (vgl. Abschnitt IV und V des Antragsvordrucks); es ist also mit einer positiven Rehabilitationsprognose zu rechnen.

Als Rehabilitationsform eignet sich nur eine stationäre Rehabilitationsleistung. Der Anspruch besteht demzufolge nach § 40 Abs. 2 SGB V.

Ein anderer Rehabilitationsträger ist gemäß § 40 Abs. 4 SGB V nicht vorrangig zuständig, da Steffi Birke noch Schülerin ist und noch keine Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt hat (ggf. käme auch eine Kinderrehabilitation i.S.d. § 15a SGB VI in Betracht, da der Antrag auf die Anschlussrehabilitation bei der AOK gestellt wurde, ist der Rentenversicherungsträger jedoch nicht leistungspflichtig).

Steffi Birke ist somit die stationäre Rehabilitationsleistung zu bewilligen. Die AOK hat eine geeignete Rehabilitationsklinik zu buchen.

4a
Leistung
bewilligen

5.2 Neurologische Rehabilitation / Frührehabilitation

Die neurologische Rehabilitation umfasst Verfahren zur möglichst vollständigen „Wiedererlangung“ von Funktionen und Fähigkeiten eines Patienten, die im Rahmen schwerer Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Blutungen, Querschnittlähmung, entzündliche Erkrankungen) eingebüßt werden.

Die Abgrenzung der unterschiedlichen Verfahren erfolgt in der Regel über ein ärztliches Assessment, in dem der kurativmedizinische, pflegerische und rehabilitative Aufwand festgestellt wird. Hier werden die Patienten in Phasen eingeteilt, die den Zustand und den zunächst anstehenden Rehabilitationsbedarf des Patienten beschreiben. Grundlage hierfür sind die unter Mitwirkung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) entwickelten „Empfehlungen der BAR zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“ (vgl. www.BAR-frankfurt.de). Die einzelnen in Buchstaben aufgeführten Phasen haben dabei folgende Bedeutung:

- „A“ für Akutbehandlungsphase
- „B“ für Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
- „C“ für Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
- „D“ für Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation
- „E“ für Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation
- „F“ für Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind

Noch ein paar zusätzliche Informationen zur Verdeutlichung dieser Verfahren:

Man unterscheidet in der AOK-Praxis vor allem einerseits die Frührehabilitation mit den Phasen B und C und andererseits die Anschlussrehabilitation als Phase D.

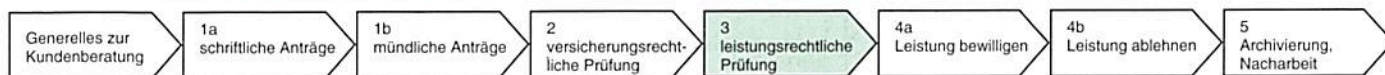
Neurologische Frührehabilitationsmaßnahmen der Phase B kommen infrage für Patienten mit schwersten neurologischen Krankheitsbildern, die überwiegend bettlägerig sind, auch Patienten mit gestörter Bewusstseinslage. Ziel ist hier insbesondere die Kontaktaufnahme mit der Umwelt sowie die Förderung basaler, sensorischer und motorischer Funktionen.

In der neurologischen Früh-Rehabilitation der Phase C werden Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern behandelt, die zumindest sitzmobilisiert sind und keiner intensivmedizinischen Überwachung mehr bedürfen. Ziel ist hier insbesondere die Erzielung der Selbstständigkeit bei den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Körperpflege, Anziehen, Nahrungsaufnahme).

Die neurologische Rehabilitation der Phase D (Anschlussrehabilitation) ist für Patienten vorgesehen, die zumindest bei Benutzung von Hilfsmitteln bereits wieder bei den basalen Verrichtungen des täglichen Lebens selbstständig geworden sind. Ziel ist hier das Erreichen von Alltagskompetenz in solchem Maße, dass eine weitgehend selbstständige Lebensführung bzw. die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit wieder möglich wird.

3
leistungsrechtliche
Prüfung

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Die meisten Rehabilitationskliniken bieten die Versorgung in der Phase „C“ und in der Phase „D“ an. Mit Erreichen dieser späten Phasen „C“ überwiegen im Verhältnis zu den im Krankenhaus zu erbringenden Leistungen die Rehabilitationsleistungen. Mit Beginn der Rehabilitationsphase „D“ – teilweise aber auch schon mit der späten Phase „C“ – hat die AOK dann auch immer die vorrangige Zuständigkeit der Rentenversicherung zu prüfen (vgl. § 40 Abs. 4 SGB V).

Obwohl die eigentliche Rehabilitationsfähigkeit erst mit der Phase „C“ beginnt, bieten einige wenige Spezial-Rehabilitationskliniken bereits ab Phase „B“ Rehabilitationsleistungen an. Bei den Patienten erfolgt dann eine Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung in einer sehr frühen Phase. In der Rehabilitationseinrichtung erhält der Betroffene neben den im Krankenhaus üblichen Leistungen schon intensiv rehabilitationsvorbereitende und -unterstützende Leistungen (Frührehabilitation).

Begründet wird die frühzeitige Einleitung von neurologischen Rehabilitationsleistungen mit der Erhöhung der Rehabilitationschancen und der Beschleunigung des Rehabilitationsprozesses. Diese „Rehabilitation der ersten Stunde“ erhöht wegen der frühzeitigen gezielten Aktivierungs- und Mobilisierungsarbeit die Chance der Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Hinsichtlich der Klärung der Leistungszuständigkeit zwischen den Rehabilitationsträgern stellt sich oft die Frage, wie lange die stationäre Leistung als Krankenhausbehandlung und ab wann sie als Rehabilitation anzusehen ist. Diese Abgrenzung ist u.a. deshalb wichtig, weil bei Eintritt in die (normale) Phase der Rehabilitation (frühestens Ende der Phase „C“) ggf. die vorrangige Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gegeben sein kann. Mehr zu den Leistungen und der vorrangigen Zuständigkeit der Rentenversicherung erfahren Sie unter den Pktn. 11 und 12.

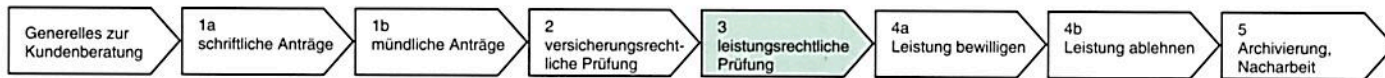
In welchen Stufen eine neurologische Rehabilitation in der Praxis ablaufen kann, soll Ihnen folgendes Beispiel anhand der Stufen „B“ bis „D“ verdeutlichen:

Beispiel

Der 18-jährige Gymnasiast Walter Kah hat einen schweren Motorradunfall und neben mehreren Knochenbrüchen schwerste Kopf- und Wirbelverletzungen erlitten. Er befindet sich zur stationären Behandlung in der Uni-Klinik (Phase „A“). Walter Kah ist ab dem 6. Halswirbel gelähmt. Nach einem Monat stabilisiert sich sein Zustand und er wird von der Intensivstation auf die normale Station der Uni-Klinik verlegt. Nach 14 Tagen sind die Ärzte der Uni-Klinik der Meinung, dass die im Krankenhaus während der gesamten Zeit durchgeführte Frühmobilisation (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V) gut gewirkt hat und einer Versteifung der bisher nicht gebrauchten Gelenke vorgebeugt hat. Neben der intensiven weiteren ärztlichen Betreuung zur Erhöhung der Rehabilitationschancen und der Beschleunigung des Rehabilitationsprozesses soll frühzeitig eine neurologische Rehabilitation in einer Reha-Klinik, die für die Phase B zugelassen ist, eingeleitet werden. Die Klinik beantragt bei der AOK diese frühe Verlegung (Frührehabilitation). Da für die Rehabilitation des Gymnasiasten kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig leistungspflichtig ist, genehmigt die AOK den Antrag und bestimmt als Rehabilitationsklinik die zugelassene Klinik Hohenstein (Phase B). Am 15. 06. erfolgt die Verlegung in die 250 km entfernte Klinik. Walter Kah ist zeitweise noch immer bewusstlos, aber teilweise ansprechbar und gewillt, kleineren Übungen zu folgen.

Die Rehabilitation von Walter Kah macht langsam, aber kontinuierlich Fortschritte. Ab 15.08. ist er wieder in der Lage, zumindest für kurze Zeit mit fremder Hilfe im Rollstuhl zu sitzen. Er bekommt weiter intensiv ärztliche Behandlung, eine sehr hohe pflegerische Betreuung und rehabilitationsvorbereitende und -unterstützende Rehabilitationsleistungen. Am 12. 11. ist Walter Kah sitzmobilisiert und benötigt keiner intensivmedizinischen Überwachung mehr. Nun kann in der Rehabilitationsklinik die Phase „C“ beginnen, die eine intensivere gezielte Aktivierungs- und Mobilisierungsarbeit erlaubt. Eine ärztliche

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Behandlung/Überwachung ist nicht mehr so intensiv wie vorher notwendig. Ziel dieser Phase ist die Erzielung der Selbstständigkeit bei grundlegenden Tätigkeiten wie z.B. Körperpflege und Nahrungsaufnahme.

Walter Kah macht gute Fortschritte. Am 27. 02. des Folgejahres kann mit der eigentlichen Rehabilitation (Phase „D“) begonnen werden. Die Übungen zielen auf die Bewältigung des Alltags ab. Diese Phase wird noch einige Monate dauern. Ziel der Rehabilitation ist, dass Walter Kah trotz seiner dauernden Schädigungen im Rollstuhl sitzend soweit wie möglich seinen Alltag bestreiten kann. Berufliche Teilhabeziele werden später folgen.

Ein Barthel-Index von 100 Punkten gibt lediglich an, ob ein Patient in der Lage ist, selbstständig zu essen, sich fortzubewegen und seine Körperpflege durchzuführen. Es ist keine Aussage darüber, ob jemand alleine leben kann, da Aspekte wie kochen, Haushaltsführung und soziale Aspekte nicht berücksichtigt werden.

Dieser Barthel-Index wird während der neurologischen Rehabilitation regelmäßig stattfindender „Assessments“ (Klärung, Planung und Einleitung eines Wegs zur schnellen und nachhaltigen Eingliederung) ermittelt. Ab einem Barthel-Index von ca. 65 kann von der Einleitung einer „normalen“ Rehabilitation – Phase „D“ – ausgegangen werden. Hier beginnt dann auch die ggf. vorrangige Zuständigkeit der Rentenversicherung.

Für die Festlegung der jeweiligen Phase wird in der Praxis oft der Barthel-Index benutzt. Der Barthel-Index ist ein Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten und dient der systematischen Erfassung von Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit. Es werden Punktwerte verteilt für die wichtigsten „Aktivitäten des täglichen Lebens“, wobei minimal 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit) und maximal 100 Punkte (Selbstständigkeit) erreicht werden können.

Nach dem in der Tabelle ersichtlichen System werden für alle angegebenen Fähigkeiten zwischen 0, 5, 10 oder 15 Punkte verteilt.

Fähigkeit (Item)	Punktzahl
Essen und Trinken	0, 5, 10
Baden/Duschen	0, 5
Körperpflege	0, 5
An- und Ausziehen	0, 5, 10
Stuhlkontrolle	0, 5, 10
Harnkontrolle	0, 5, 10
Benutzung der Toilette	0, 5, 10
Bett-/Stuhltransfer	0, 5, 10, 15
Mobilität (selbstständiges Gehen/Fahren mit Rollstuhl)	0, 5, 10, 15
Treppensteigen	0, 5, 10

5.3 Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankung

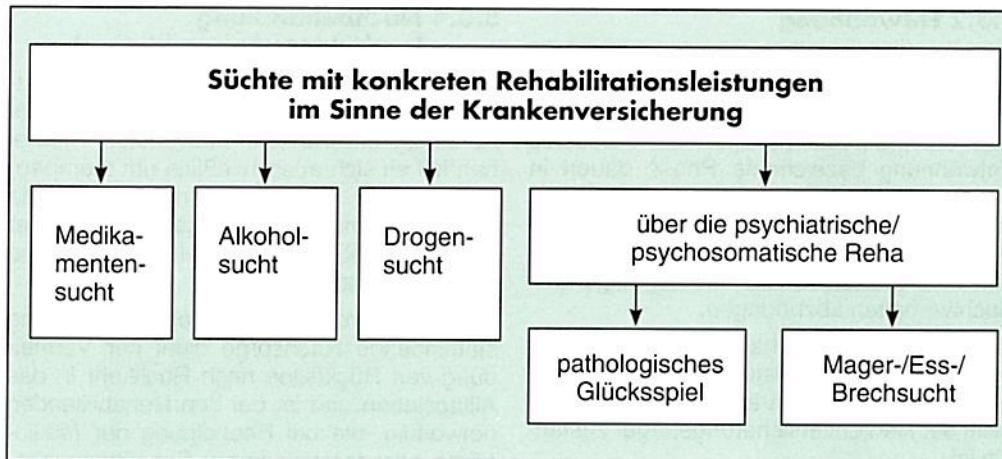
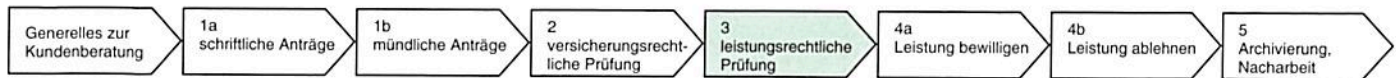
Bei den Abhängigkeitserkrankungen ist zu unterscheiden zwischen den stoffgebundenen und den nicht stoffgebundenen Süchten. Eine stoffgebundene Sucht i.S.d. Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist die Medikamenten-, Alkohol- oder Drogensucht.

Zu den nicht stoffgebundenen Süchten zählt die Rehabilitation von pathologischen Glücksspielern und bei Magersucht/Ess- und Brechsucht. Diese werden jedoch überwiegend über die psychiatrische/psychosomatische Rehabilitation abgedeckt. Die sonstigen Suchtkrankheiten (z.B. Tabaksucht, Arbeitssucht, Koffeinsucht) sind nicht Gegenstand von speziellen Rehabilitationsleistungen i.S.d. Rehabilitationsträgers.

3 leistungsrechtliche Prüfung

§§ 1, 2 SuchtVb

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



In der Regel beantragt die Sucht-Beratungsstelle (Caritas-Verbände, Diakonische Werke usw.) zusammen mit Versicherten die medizinische Sucht-Rehabilitation über einen individuellen Antrag, dem

- ein medizinisches Gutachten/ein ärztlicher Befundbericht über die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitation mit Prognose und
- ein aussagekräftiger, fachgerecht erstellter Sozialbericht

beigefügt ist. Ziele sind die Erreichung der Abstinenz, die Behebung von körperlichen und seelischen Störungen. Weiter soll eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft erreicht werden.

Geht der Antrag bei der AOK ein, prüft diese, ob nicht die vorrangige Zuständigkeit der Rentenversicherung gegeben ist. Falls die vorrangige Zuständigkeit der Rentenversicherung in Betracht kommt, muss der Antrag innerhalb der nach § 14 SGB IX bestimmten Frist an den Rentenversicherungsträger weitergeleitet werden. Erfolgt dies nicht ist die AOK zuständiger Kostenträger auch, wenn ursprünglich die Zuständigkeit der Rentenversicherung gegeben wäre.

Ist die Zuständigkeit der AOK gegeben, entscheidet diese

- über die medizinische Notwendigkeit und die sonstigen Voraussetzungen zur Durchführung der Sucht-Rehabilitation,

- über die geeignete Einrichtung, in der die Sucht-Rehabilitation durchgeführt werden kann sowie

- über den Beginn, die Dauer und den Umfang der Rehabilitationsleistungen.

Hinsichtlich der Behandlung und Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen unterscheidet man folgende vier Phasen:

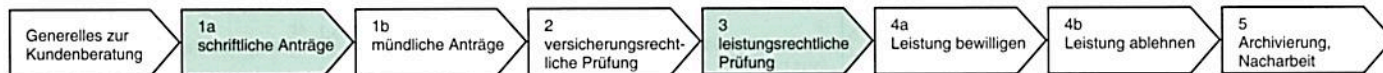
5.3.1 Entzug

Der Rehabilitation von Abhängigkeitskranken geht in der Regel eine Entzugsbehandlung voraus. Diese Entzugsbehandlung wurde in der Vergangenheit auch als Entgiftungs- oder Akutbehandlung bezeichnet und dauert in der Regel zwischen 7 und 21 Tagen. Die Entzugsbehandlung zählt noch nicht zur Rehabilitation, sondern zur Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 SGB V; eine vorrangige Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers ist bei diesen Leistungen nicht gegeben.

Der Entzug kann voll- oder teilstationär erfolgen. Bei Abhängigkeitskranken mit „gut funktionierendem“, intaktem Umfeld (Familienangehörige usw.) kann der Entzug in Ausnahmefällen auch ambulant durchgeführt werden.

§ 27 ff.
SGB V,
§ 4, 5 Abs. 2
SuchtVb

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



5.3.2 Entwöhnung

§ 40 SGB V,
§§ 3, 4 Abs. 2,
§§ 5, 6
SuchtVb

An die Entzugsbehandlung soll sich eine erforderliche Entwöhnungsphase nach Möglichkeit nahtlos anschließen, sofern der Patient entsprechend motiviert ist. Diese als Entwöhnung bezeichnete Phase dauert in der Regel zwischen 8 und 26 Wochen. Ziel ist, vor allem durch die Einwirkung von Psychologen, Sportlehrern, Sozialarbeitern usw. den Versicherten von seinem schädigenden Suchtverhalten abzubringen.

Bei der Entwöhnung handelt es sich immer um Rehabilitationsleistungen, für die die AOK nur dann Kostenträger sein kann, wenn nicht der Rentenversicherungsträger zuständig ist.

5.3.3 Adaption

Oft kommt im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene Entwöhnungsbehandlung eine Adaptionsphase insbesondere für Abhängigkeitskranke mit schweren psychosozialen Störungen in Betracht, die zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung bei Beendigung der Entwöhnung ohne weitere Leistungen noch nicht in der Lage sind. Diese psychosoziale Störungen treten insbesondere auf bei

- langjährigen Abhängigkeitserkrankungen mit zusätzlichen seelischen Störungen,
- sozialer Entwurzelung,
- Wohnungslosigkeit,
- anhaltender Arbeitslosigkeit und
- ungenügender beruflicher Sozialisation.

Die Adaption dauert in der Regel bis zu 13 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und 17 Wochen bei Drogenabhängigkeit. Sie wird auch als zweite Stufe der Rehabilitation bezeichnet. Ziel der Adaption ist im Wesentlichen die Vermittlung von Grundwerten („Schaffen einer Tagesstruktur“), um langfristig eine berufliche und soziale Integration des Rehabilitanden zu erreichen und einem Rückfall vorzubeugen. Zuständig ist der Sozialhilfeträger, da die medizinischen Leistungen bei der Adaption nur eine untergeordnete Rolle spielen.

5.3.4 Nachbehandlung (ambulante Rehabilitation)

Nicht selten ist nach der intensiven Entwöhnung eine „Nachbehandlung“ von ehemals Abhängigkeitskranken notwendig. Hierbei handelt es sich ausschließlich um therapeutische Einzel- bzw. Gruppengespräche, die sich der ehemals Abhängigkeitskranke in der Regel einmal wöchentlich für jeweils eine Stunde unterzieht.

Diese als Einzel- oder Gruppenbehandlung stattfindende Nachsorge dient der Vermeidung von Rückfällen nach Rückkehr in das Alltagsleben und ist bei den Rehabilitanden notwendig, die bei Beendigung der (stationären oder teilstationären) Entwöhnungsbehandlung nicht ausreichend psychosozial gefestigt sind. Die Kosten sind von dem Rehabilitationsträger zu tragen, der die Kosten der stationären Entwöhnungsbehandlung trägt.

§ 6 Abs. 6
SuchtVb

§ 8 Abs. 2
SuchtVb

5.4 Rehabilitation für Kinder

Lernbeispiel 3

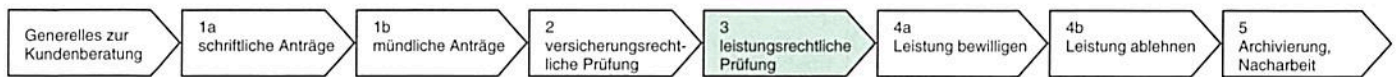
Max Müller ist 8 Jahre alt und leidet seit dem 4. Lebensjahr an Asthma. Aufgrund der gesundheitlichen Probleme ist seine Gesamtentwicklung beeinträchtigt. Insbesondere die Asthma-Attacken werden immer schwerer. Deshalb wurde er auch schon zweimal einige Tage im Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgenommen. Der Arzt ist der Meinung, dass Max eine Luftveränderung benötigt und schlägt eine Kinderrehabilitation in einer entsprechenden Kinder-Klinik an der Nordsee (Reizklima) vor. Er bittet die Eltern von Max, unter Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung die AOK zu kontaktieren und zu fragen, wer die Kosten der stationäre Rehabilitationsleistung übernimmt. Während des Gesprächs erfahren die Eltern, dass auch der Rentenversicherungsträger eine vergleichbare Kinderrehabilitation anbietet.

Frage

Wer könnte für die Kinderrehabilitation ggf. zuständig sein?

1a
schriftliche
Anträge

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 40 Abs. 2 SGB V

Vor dem Hintergrund der Zunahme von chronischen Erkrankungen ist auch der Bedarf an spezifischen und qualifizierten Rehabilitationsleistungen von Kindern/Jugendlichen gestiegen. Ist das Kind in seinen Fähigkeiten bzw. bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt bzw. droht aufgrund der zu erwartenden Krankheitsentwicklung solch eine Beeinträchtigung, ist eine stationäre Rehabilitationsleistung i.S.d. § 40 Abs. 2 SGB V angezeigt. Ziel ist die langfristige Verminderung der Risikofaktoren und eine gezielte Änderung des Verhaltens bzw. der Lebenseinstellung z. B. bei folgenden Krankheiten:

- Krankheiten der Atemwege
- allergische Krankheiten
- Hautkrankheiten
- Herz- und Kreislaufkrankheiten
- Leber-, Magen-/Darmkrankheiten
- Nieren- und Harnwegskrankheiten
- Stoffwechselkrankheiten
- entzündliche und nichtentzündliche Krankheiten des Bewegungsapparats
- neurologische Erkrankungen
- psychosomatische und psychomotorische Störungen, Verhaltensstörungen
- Übergewicht in Verbindung mit anderen Risikofaktoren und anderen Erkrankungen

Bei der Kinderrehabilitation sind die Leistungen bzw. der Leistungsumfang zwischen den beiden Kostenträgern überwiegend identisch.

Es bestehen jedoch Unterschiede bei der:

- Altersgrenze
- Zuzahlung
- Nachsorgeleistung
- Dauer des Leistungsanspruchs
- Wartezeit

Erfolgt z.B. die Leistung zulasten des Rentenversicherungsträger fallen für den Anspruchsberechtigten keine Zuzahlungen an.

Eine Zuständigkeitsklärung wie ihn § 14 SGB IX vorsieht gibt es nicht. Die Leistung der Kranken- und Rentenversicherung sind hier gleichrangig. Aus diesem Grund ist die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger zuständig, bei dem zuerst der Antrag eingeht. Eine Weiterleitung an einen anderen Kostenträger ist in diesem Fall nicht möglich.

Merke

Die Rentenversicherung kennt bei der Rehabilitation für Kinder keine Zuzahlung.

Zum Lernbeispiel 3 von Seite 38

Das Interesse an Informationen über die Kinderrehabilitation ist noch nicht als Antrag zu werten. Die Eltern von Max sind kostenneutral über die Leistungen der Kranken- und Rentenversicherung zu beraten. Auf Besonderheiten wie sie die Zuzahlungsregelung vorsieht, ist im Gespräch hinzuweisen.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



5.5 Familienorientierte Rehabilitation

3
leistungsrechtliche Prüfung

Durch eine schwere Erkrankung eines Kindes wird das gesamte Familienleben belastet. Mitunter kann dies zwischen dem erkrankten Kind und den übrigen Familienmitgliedern zu psychischen und psychosomatischen Störungen führen. In diesen Fällen bietet sich eine „familienorientierte Rehabilitation“ an. Sie ist eine besondere Form der Kinderrehabilitation und gekennzeichnet durch die gemeinsame stationäre Durchführung einer Rehabilitation für mehrere (meist alle) Angehörige einer Familie. Ziel ist die Förderung der Unterstützungsleistung im Verhältnis zu dem schwer erkrankten Kind.

Die familienorientierte Rehabilitation wird durch einige, wenige (Vertrags-)Rehabilitations-Kliniken angeboten und kommt insbesondere bei folgenden Indikationen in Betracht:

- Krebserkrankungen (alle bösartigen Tumorerkrankungen und hämatologischen Systemerkrankungen)
- Mukoviszidose
- Zustand nach Operationen am Herzen
- Zustand nach Organtransplantationen

Die Leistungen der „familienorientierten Rehabilitation“ sind eine Form der Kinderrehabilitation, sodass in diesen Fällen für das Kind eine gleichrangige Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung besteht.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund, der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und der GKV-Spitzenverband haben mit Wirkung zum 01.10.2009 eine Verfahrensabsprache zu Anträgen der „familienorientierten Rehabilitation“ vereinbart. Diese Absprache dient der trägerübergreifenden Koordination von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die Familie. Die Verfahrensabsprache regelt darüber hinaus die Fälle, in denen die Rehabilitationsträger im Antragsverfahren neben der Notwendigkeit einer Rehabilitation für das betroffene Kind auch die Notwendigkeit einer eigenständigen Rehabilitationsleistung für Vater oder Mutter erkennen. In diesen Fällen unterstützt der erstangegangene Rehabilitationsträger unabhängig von seiner Zuständigkeit die Einleitung der medizinischen Rehabilitation für den Angehörigen.

5.6 Rehabilitation für Mütter und Väter bzw. für Mutter-/Vater-Kind (§ 41 Abs. 1 SGB V)

Lernbeispiel 4

Karin Fried, 32 Jahre, ist berufstätige alleinerziehende Mutter eines 10-jährigen Sohns. Ihre alltäglichen Aufgaben und Verpflichtungen als Mutter belasten sie sehr. Darunter leidet auch die Beziehung zu ihrem Sohn.

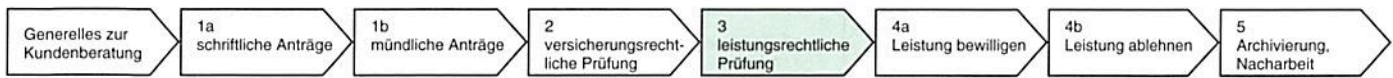
Die Mutter besucht deswegen eine Mütter-/Erziehungsberatungsstelle. Dort erfährt Sie von den speziellen Mütter-(Kind-)Rehabilitationsmöglichkeiten. Auf dem Heimweg erscheint Sie bei Ihnen in Ihrer AOK-Geschäftsstelle und erkundigt sich nach dieser Rehabilitationsform.

Insbesondere Mütter sind speziellen gesundheitlichen Belastungen aus ihren komplexen Aufgaben als Frau, Mutter, Partnerin und Berufstätige ausgesetzt. Für Mütter gilt häufig nicht, was für die meisten Menschen selbstverständlich ist: Zeit für sich zu haben, Ruhepausen zum Auftanken nehmen zu können oder auch einfach nur eine hartnäckige Krankheit richtig auszukurieren. Die gesundheitlichen Störungen sind dabei oft an psychische und soziale Probleme geknüpft.

Wegen diesen Überbelastungen gibt es Gesundheitsleistungen, die ganzheitlich angelegt sind, die Lebenssituation kennen und in der Therapie berücksichtigen. Für diese zumeist frauenspezifischen Belastungen bieten insbesondere die Müttergenesungswerke spezielle (Vorsorge- und) Rehabilitationsleistungen an. Zugute kommt den Müttern der Austausch mit Frauen in ähnlicher Lage und das Gespräch mit Fachkräften, denen die Problematik der oft so vielschichtigen Belastungen von Müttern vertraut ist. Daneben erfolgt eine medizinische, physiotherapeutische und psychosoziale Betreuung.

3
leistungsrechtliche Prüfung

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Die Müttergenesungswerke und einzelne andere Institutionen geben den Müttern auch die Gelegenheit, die eigenen Kinder (in der Regel bis 12 Jahre) als Begleitkind mit aufzunehmen. Den „mitkurenden“ Kindern wird dabei tagsüber ein eigenes Freizeitprogramm angeboten, sodass die Kinder für mehrere Stunden am Tag von ihrer Mutter getrennt sind. Durch die gesunde Trennung von Mutter und Kind kann sich die Mutter entspannt ihrem eigenen Gesundheitsprogramm widmen. Falls die Kinder auch (psychisch) krank geworden sind, werden sie in die Therapie einbezogen und gezielt behandelt.

Zum Lernbeispiel 4 von Seite 40

Voraussetzung für die Bewilligung der Rehabilitationsleistungen (für Mütter-/Mutter-Kind) ist die Rehabilitationsbedürftigkeit von Karin Fried. Diese ist gegeben, wenn ambulante Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V am Wohnort nicht ausreichen oder alternative Hilfe-, Behandlungs-, Vorsorge- und Rehabilitationsmöglichkeiten nicht möglich sind.

§ 41 SGB V

Durch medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter trägt der Gesetzgeber dem besonderen und spezifischen Versorgungsbedarf dieses Personenkreises Rechnung.

Vielleicht fragen Sie sich, wo denn der Unterschied zu den Rehabilitationsleistungen liegt. Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V sind wie die anderen indikationsbezogenen Rehabilitationsleistungen des § 40 SGB V auf einen bestimmten Personenkreis zugeschnitten. Die Leistungen nach § 41 SGB V konzentrieren sich nur auf den besonderen Personenkreis der Mütter, die aufgrund der oben beschriebenen Mehrfachbelastung rehabilitationsbedürftig geworden sind.

Zwischen den Leistungen nach den §§ 40, 41 SGB V gibt es keine Vor- und Nachrangigkeit. Welche der Maßnahmen angezeigt ist, bestimmt sich im Einzelfall danach, welches Angebot aus medizinischer Sicht inhaltlich dem Rehabilitationsbedarf der Mutter am besten entspricht.

Liegt nur bei dem Kind eine Indikation für eine Rehabilitationsleistung vor, ist keine Mutter-Kind-Leistung angezeigt, sondern eine indikationsspezifische Maßnahme als Leistung für das Kind nach § 40 SGB V.

Die medizinischen Rehabilitationsleistungen für Mütter nach § 41 SGB V werden stationär durchgeführt. Belegt werden nur Einrichtungen (z. B. Rehabilitationskliniken der Müttergenesungswerke), mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht. Eine Rehabilitation außerhalb einer Vertrags-einrichtung ist grundsätzlich nicht möglich.

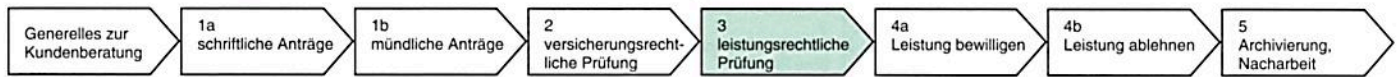
Das gleiche Angebot steht auch Vätern zu, die mindestens ein Kind erziehen. Allerdings sind diese speziellen Angebote selten.

Die AOK ist für die besonderen Leistungen für Mutter oder Vater bzw. Mutter-/Vater-Kind nur zuständig, wenn ein anderer Rehabilitationsträger nicht vorrangig zuständig ist. Die vorrangige Leistungsverpflichtung besteht bei erwerbstätigen Müttern/Vätern in der Regel durch den Rentenversicherungsträger. Allerdings kennt das Recht der Rentenversicherung die besonders ausgerichteten Leistungen nach § 41 SGB V nicht. Trotzdem ist Folgendes zu beachten:

Steht bei einer medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V nicht der „Beziehungskonflikt“ des Mutter-(Vater-)seins, sondern die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund bzw. liegt eine Erwerbsminderung der Mutter bzw. des Vaters vor, ist eine Rehabilitationsleistung nach § 40 SGB V angezeigt. Hier ist dann bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB VI die vorrangige Leistungszuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gegeben. In diesen Fällen ist der Antrag auf Rehabilitationsleistungen innerhalb des zeitlichen Rahmens des § 14 SGB IX an den Rentenversicherungsträger weiterzuleiten.

§ 41 Abs. 2
SGB V

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Bezüglich der sonstigen Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen für Mutter-/Vater-Kind, der Dauer der Rehabilitationsleistungen, der Zuzahlung, der Möglichkeit der Wiederholung von Rehabilitationsleistungen, dem Antragsverfahren usw. wird auf die Ausführungen zu § 40 SGB V verwiesen.

5.7 Onkologische Rehabilitation

3 leistungsrechtliche Prüfung

Die onkologische Rehabilitation kommt bei Krebs-(Ca-)Erkrankungen in Betracht. Krebs ist ein Sammelbegriff für viele verschiedene Arten bösartiger Krankheiten, die sich in ihrem Verlauf, ihrer Behandlung, ihren Heilungschancen und Auswirkungen oft sehr stark voneinander unterscheiden. Unabhängig von der Art des Tumors nehmen bei allen Patienten mit einer onkologischen Erkrankung Probleme der Krankheitsbewältigung (Stress, Todesangst, Auseinandersetzen mit der Krankheit) einen besonderen Stellenwert ein.

Eine onkologische Rehabilitationsleistung wird stationär oder (seltener) ambulant in speziellen (Vertrags-)Rehabilitationskliniken/-einrichtungen durchgeführt und verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz. Die notwendigen somatischen, psychischen, sozialen und beruflichen Hilfen werden je nach individueller Bedürftigkeit gewichtet und durchgeführt. Sowohl kurativ behandelte tumorfreie Rehabilitanden als auch Rehabilitanden mit noch vorhandener Tumoraktivität können bei bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe rehabilitativer Maßnahmen bedürfen.

Bei der onkologischen Rehabilitation wird wie folgt unterschieden:

Anschluss-Reha

Eine onkologische Anschlussrehabilitation schließt sich im Gegensatz zu einer Nachsorgemaßnahme unmittelbar an die Primärbehandlung im Krankenhaus an. Unmittelbar ist der Anschluss auch, wenn die Maßnahme

- innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Primärbehandlung, zu der auch die Chemotherapie zählt,
- bei Bestrahlungen im Kopf-Hals-Bereich innerhalb einer Frist von 10 Wochen sowie
- bei Bestrahlungen sonstiger Körperbereiche innerhalb einer Frist von vier Wochen angetreten wird. Eine noch laufende zytostatische Behandlung, d.h. eine die Neubildung von Krebszellen hemmende Behandlung, stellt dabei keinen Hinderungsgrund dar.

Die AOK übernimmt die Kosten im Übrigen nur dann, wenn

- der Patient ausreichend belastbar und (in der Regel allein) reisefähig ist und
- die körperlichen, seelischen, sozialen oder beruflichen Behinderungen durch die Leistung positiv beeinflusst werden können.

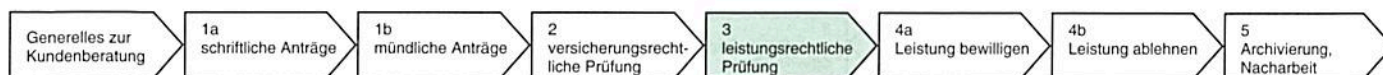
Im Übrigen gelten die gleichen Voraussetzungen wie bei einer Anschlussrehabilitation wegen einer anderen Indikation.

Nach- und Festigungskur

Onkologische „Nach- und Festigungskuren“ werden bis zum Ablauf eines Jahres nach beendeter Primärbehandlung gewährt. Im Einzelfall kann solch eine Nachsorgemaßnahme aber auch noch bis zu zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung durchgeführt werden. Voraussetzung ist dann allerdings, dass entweder wegen der Tumorerkrankung oder wegen Komplikationen/Therapiefolgen erhebliche Funktionsstörungen bestehen.

Ziel der onkologischen Nachsorge ist die Festigung des Gesundheitszustandes insbesondere bei noch bestehenden Funktionsstörungen. Die Frist von vier Jahren für die Wiederholungs-Rehabilitation (vgl. § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V) ist zwar auch bei den onkologischen „Nach- und Festigungskuren“ zu beachten, allerdings ist die vorzeitige Rehabilitation in Form der „Nach-/Festigungskur“ regelmäßig aus medizinischen Gründen notwendig.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Die onkologische Anschlussrehabilitation als auch die onkologische Nachsorge wird – im Regelfall – als stationäre Maßnahme bewilligt. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, die Rehabilitationsmaßnahme ambulant durchzuführen.

Hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen, der Dauer und der Zuzahlung gelten die gleichen Regelungen wie bei den anderen Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V.

5.8 Übungen zum Lernabschnitt 5

Übung 5

Ein Versicherter wurde wie folgt stationär behandelt bzw. therapiert:

- Krankenhausbehandlung wegen Herzproblemen vom 20. 11. bis 19. 12. 2016
- Anschlussrehabilitation wegen Herzprobleme vom 20. 12. 2016 bis 05. 01. 2017

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage

Für welche Zeiträume hat der 63-jährige Versicherte eine Zuzahlung zu leisten?

Übung 6

Bei Ihrer AOK meldet sich der Versicherte Alfred Kathe. Er wurde zunächst wegen der Folgen eines Herzinfarkts in der Zeit vom 15. bis 31.05. im Krankenhaus stationär behandelt und befand sich anschließend zulasten der AOK wegen der Folgen des Infarkts vom 18. 06. bis 15. 07. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Sowohl das Krankenhaus als auch die Rehabilitationseinrichtung haben die Zuzahlung für die volle Dauer eingezogen. Jetzt beschwert sich Alfred Kathe bei Ihnen. Nach seiner Auffassung ist bei ihm eine Anschlussrehabilitation durchgeführt worden und dort wäre die Zuzahlungsdauer zeitlich begrenzt.

Eigentlich hätte er sieben Tage nach Krankenhausentlassung zur stationären Rehabilitation aufgenommen werden sollen. Die späteste Aufnahme sei nur deshalb erfolgt, weil er kurz nach der Entlassung eine heftige, hoch ansteckende Erkältung mit Husten und hohem Fieber bekommen hat.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage

Handelt es sich bei der stationären Rehabilitationszeit vom 18. 06. bis 15. 07. noch um eine Anschlussrehabilitation? Wenn ja, wie wirkt sich diese auf die Höhe der Zuzahlung, im Fall von Alfred Kathe, aus?

Übung 7

Bei der neurologischen Rehabilitation spricht man von unterschiedlichen Phasen.

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage

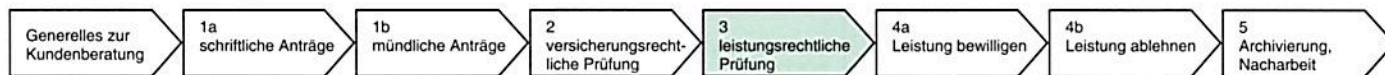
Welche Phase entspricht bezüglich des Verhältnisses zwischen ärztlicher Betreuung/Behandlung und Therapieleistungen der „normalen“ Rehabilitation i.S.d. § 40 SGB V mit der Folge, dass auch § 40 Abs. 4 SGB V Anwendung findet?

Übung 8

Gabi Münster, 12 Jahre, leidet seit zwei Jahren an Asthma. Die Beschwerden werden immer intensiver. Der behandelnde Kinderarzt hält eine stationäre Präventionsmaßnahme nach § 23 SGB V oder eine stationäre Rehabilitationsleistung nach § 40 SGB V für erforderlich. Die Mutter von Gabi kommt auf dem Weg von der Arztpraxis bei Ihnen vorbei und erkundigt sich, wann Präventions- und Rehabilitationsleistungen in Betracht kommen.

Ergänzender Hinweis: Beide Eltern von Gabi sind seit über 15 Jahren versicherungspflichtig beschäftigt.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



6 Zuständigkeitsklärung

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage 8.1

Wann sind grundsätzlich Präventionsleistungen und wann Rehabilitationsleistungen notwendig?

Frage 8.2

Unterstellen Sie, dass das Asthma bei Gabi Münster prognostisch bei Eintritt in das Berufsleben solch eine Intensität erreicht haben wird, dass die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist. Kommen ggf. auch Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers in Betracht?

Übung 9

Bei der onkologischen Rehabilitation gibt es sogenannte „Festigungskuren“. Welchen Sinn haben Sie und welche Besonderheit gilt?

6.1 Allgemeines

Hinweis

Im Dezember 2016 ist das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (BTHG) in Kraft getreten.

Zum 01. Januar 2018 treten Änderungen in der Zuständigkeitsklärung des § 14 SGB IX in Kraft die zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht vollkommen umgesetzt sind.

Für alle Rehabilitationsträger gilt die Verpflichtung, innerhalb einer bestimmten Frist nach Eingang eines Antrags auf Teilhabeleistungen – dazu zählen auch medizinische Rehabilitationsleistungen – (§ 5, § 26 ff., § 33 ff. und § 55 ff. SGB IX) den leistungspflichtigen Rehabilitationsträger zu bestimmen.

Vor Inkrafttreten des § 14 SGB IX wurden die Entscheidungen über die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen insbesondere wegen Zuständigkeitsstreitigkeiten oft um Monate hinausgezögert. Genau hier setzt die Vorschrift an. Ziel ist, den Teilhabebedarf des rehabilitations-/teilhabebedürftigen Menschen zügig zu befriedigen. Dabei werden den Rehabilitationsträgern Fristen vorgegeben, innerhalb der sie reagieren müssen.

Damit die Fristen von den Rehabilitationsträgern in der Praxis auch beachtet werden, wird der Rehabilitationsträger, der die Fristen nicht einhält, mit Sanktionen belegt.

Geht ein Antrag auf Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen bei der AOK ein, hat diese spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Antrags zu prüfen, ob ein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist. Bei vorrangiger Zuständigkeit eines anderen Trägers (z.B. Rentenversicherungsträger) ist der Antrag spätestens am nächsten Arbeitstag nach Ablauf der 14-Tage-Frist an den vermeintlich zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten. Wird die Frist versäumt, hat der erstangegangene Rehabilitationsträger zu leisten, ohne gegenüber dem eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger einen Erstattungsanspruch stellen zu können (Vermögensschaden).

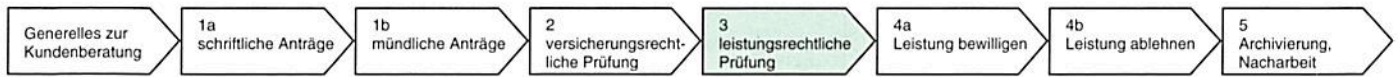
3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 14 SGB IX

§ 14 Abs. 4
Satz 3,
§ 15 SGB IX

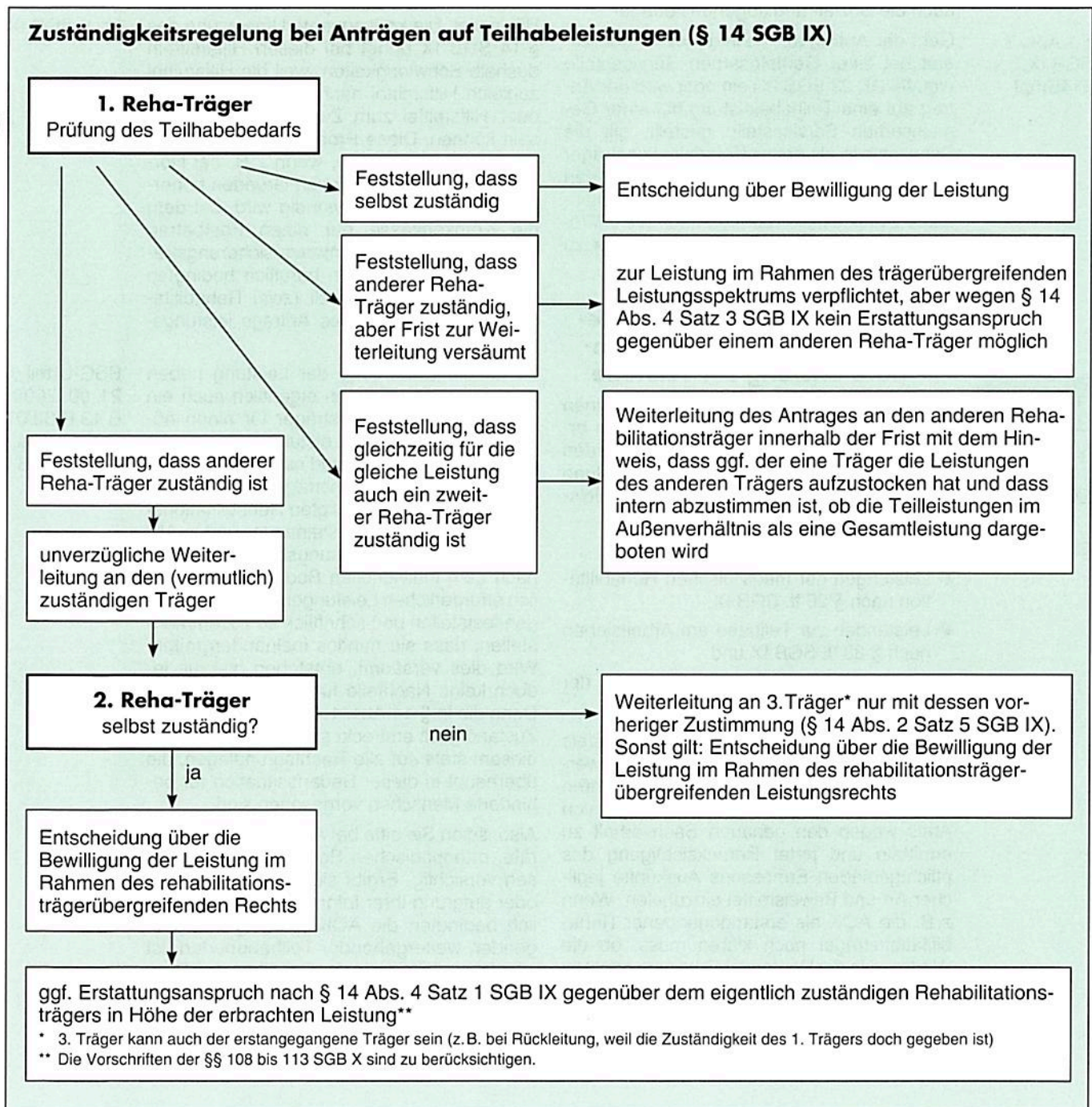
§ 14 Abs. 1
Satz 2
SGB IX

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

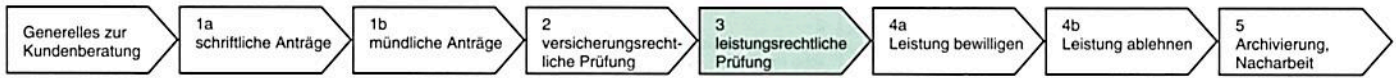


Hat der erstangegangene Rehabilitationsträger den Antrag fristgerecht an einen für zuständig gehaltenen Rehabilitationsträger weiter geleitet, ist dieser zweitangegangene Rehabilitationsträger leistungspflichtig – und zwar unabhängig davon, ob er der letzt-

endlich zuständige Rehabilitationsträger ist. Eine nochmalige Weiterleitung des Antrags ist grundsätzlich nicht möglich. Weitere Informationen entnehmen Sie dem folgenden Schaubild:



Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



6.2 Erstangegangener Rehabilitationsträger

3
leistungsrechtliche Prüfung

Als Rehabilitationsträger gelten alle in § 6 SGB IX aufgeführten Rehabilitationsträger – also neben den Krankenkassen, den Renten- und Unfallversicherungsträgern u. a. auch die Sozial- und Jugendhilfeträger.

§ 1 Abs. 3
SGB IX,
§14Empf

Geht der Antrag auf Teilhabeleistungen zuerst bei einer Gemeinsamen Servicestelle (vgl. §§ 22, 23 SGB IX) ein oder wird der Antrag auf eine Teilhabeleistung bei einer Gemeinsamen Servicestelle gestellt, gilt die Servicestelle als erster Rehabilitationsträger i.S.d. § 14 SGB IX mit der Folge, dass für den Träger, der organisatorisch diese Gemeinsame Servicestelle betreibt, auch die 2-Wochen-Frist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu laufen beginnt.

wenn die Zuständigkeitsklärung nicht abgeschlossen werden konnte, weil noch Unterlagen fehlen bzw. nicht beigebracht wurden (vorsorgliche Weiterleitung). Andernfalls läuft die AOK Gefahr, einen Vermögensschaden zu erleiden.

Zu den Teilhabeleistungen zählen auch die Hilfsmittel. Die konsequente Umsetzung des § 14 SGB IX bringt bei diesen Hilfsmitteln deshalb Schwierigkeiten, weil die Hilfsmittel zugleich Hilfsmittel nach § 33 SGB V und/oder Hilfsmittel zum Zwecke der Teilhabe sein können. Diese Problematik wird insbesondere dann deutlich, wenn z. B. bei Hörgeräten ein aus beruflichen Gründen höherwertiges Hörgerät notwendig wird, bei dem die Krankenkasse nur einen Festbetrag übernimmt und der Rentenversicherungsträger die Kosten für den beruflich bedingten Mehraufwand tragen soll (zwei Rehabilitationsträger wegen eines Antrags leistungspflichtig).

§ 26 Abs. 2
Nr. 6 SGB IX

6.3 Antrag auf eine für den Rehabilitationsträger erkennbare Leistung zur Teilhabe

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 14 Abs.
1 Satz 1, 2
SGB IX

Die Fristen des § 14 SGB IX wirken für einen Rehabilitationsträger nur, sobald für ihn erkennbar wird bzw. erkennbar hätte werden müssen, dass der Antrag auf eine Leistung gleichzeitig als Antrag auf eine Teilhabeleistung i.S.d. SGB IX zu verstehen ist.

Ist für die Erbringung der Leistung neben dem erstangegangenen eigentlich auch ein anderer Rehabilitationsträger für einen höherwertigen Teil einer Leistung zuständig, ist der erstangegangene und nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen. Wird dies versäumt, entstehen hieraus jedoch keine Nachteile für den Antragsteller. Denn die in § 14 Abs. 1, 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit erstreckt sich im Verhältnis zu diesem stets auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für behinderte Menschen vorgesehen sind.

BSG-Urteil v.
21. 08. 2008,
B 13 R 33/07
R; § 10 Abs. 1
Satz 1 SGB IX

§ 5 SGB IX

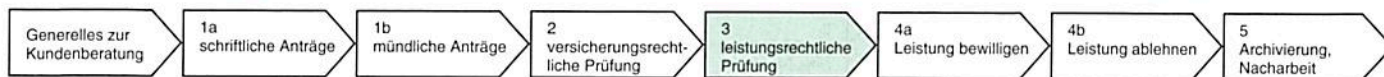
Zu den Teilhabeleistungen zählen die

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 ff. SGB IX,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 ff. SGB IX und
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 ff. SGB IX.

Der Antrag auf Teilhabeleistungen muss als „konkretes“ Leistungsbegehren deutlich werden. Ist dieses konkrete Leistungsbegehren erkennbar, hat der Rehabilitationsträger von Amts wegen den genauen Sachverhalt zu ermitteln und unter Berücksichtigung des pflichtgemäßen Ermessens Auskünfte jeglicher Art und Beweismittel einzuholen. Wenn z. B. die AOK als erstangegangener Rehabilitationsträger noch klären muss, ob die Wartezeit in der Rentenversicherung erfüllt ist und deshalb der Rentenversicherungsträger ggf. vorrangig zuständig ist, läuft die 14-Tage-Frist unaufhaltsam weiter. Das gilt auch dann,

Also, seien Sie bitte bei Anträgen auf Hörgeräte, orthopädischen Schuhen und Prothesen vorsichtig. Ergibt sich aus dem Antrag oder aufgrund Ihrer Informationen ein beruflich bedingter, die AOK-Leistung übersteigender, weitergehender Teilhabebedarf, ist eine Weiterleitung (in der Regel) an den Rentenversicherungsträger erforderlich.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



6.4 Vom erstangegangenen Rehabilitationsträger durchzuführende Prüfungen

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

Die innerhalb der Zwei-Wochen-Frist durchzuführende Prüfung des erstangegangenen Rehabilitationsträgers umfasst die Prüfung des Teilhabebedarfs (§ 5 SGB IX), die Beurteilung der eigenen Zuständigkeit und die Prüfung der möglichen vorrangigen Leistungsverpflichtung anderer Rehabilitationsträger. So beinhaltet z.B. das Aufgabenfeld der AOK bei einem Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistungen u.a. die Prüfungen,

- ob der Unfallversicherungsträger vorrangig zuständig ist,
- ob die medizinische Rehabilitationsleistungen vorrangig vom Rentenversicherungsträger zu erbringen sind und
- ob die beantragten Leistungen gleichzeitig nicht nur das eigene, sondern auch das Leistungsspektrum eines anderen Rehabilitationsträgers tangieren – also ob wegen des Antrags gleichzeitig auch von einem anderen Rehabilitationsträger (weitergehende) Teilhabeleistungen zu gewähren sind.

Aufgaben des erstangegangenen Rehabilitationsträgers

Der erstangegangene Träger erhält einen Antrag auf eine Reha- oder sonstige Teilhabeleistung.

Er hat innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Antrags (Eingangsstempel) den Teilhabebedarf des Versicherten und darauf aufbauend seine Zuständigkeit bzw. die originäre Leistungsverpflichtung anderer Reha-Träger zu prüfen.

Er stellt seine alleinige Leistungszuständigkeit fest.

Er hat über den Teilhabeantrag innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (§ 14 Abs. 2 SGB IX). Bei Einholung eines Gutachtens muss er innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens über den Leistungsantrag entscheiden (§ 14 Abs. 2 SGB IX).

Anmerkung: Gegenüber einem anderen Reha-Träger kann wegen der erbrachten Leistungen nur noch dann ein Erstattungsanspruch nach § 102 ff. SGB X gestellt werden, wenn nach der Bescheiderteilung Ereignisse eintreten, die die Vorrangigkeit eines anderen Leistungsträgers begründen (z.B. Erklärungen bzw. Rücknahme von Erklärungen oder Feststellung, dass der Versicherte bei seinem Antrag irrtümlich falsche Angaben gemacht hat).

Er stellt fest, dass ein anderer Reha-Träger vorrangig zuständig sein könnte.

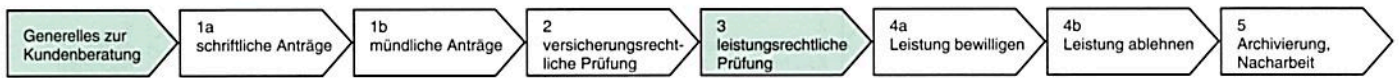
Er leitet den Reha-/Teilhabeantrag an den seiner Meinung nach zuständigen Reha-Träger weiter.

Anmerkung: Dieses muss spätestens am nächsten Werktag nach Ablauf der 14-Tage-Frist erfolgen. Ansonsten ist er auch außerhalb seines Leistungsspektrums zur rehabilitationsträgerübergreifenden Leistung verpflichtet, ohne später einen Erstattungsanspruch gegen den eigentlich zuständigen Reha-Träger stellen zu können (§ 14 Abs. 2, 4 Satz 3 SGB IX).

Er stellt fest, dass er zu leisten hat und dass daneben ein weitergehender Teilhabebedarf durch einen anderen Reha-Träger zu befriedigen ist (z.B. Übernahme von Mehrkosten für ein höherwertiges Hörgerät aus beruflichen Gründen).

Er leitet den Reha-/Teilhabeantrag spätestens am nächsten Werktag nach Ablauf der 14-Tage-Frist an den seiner Meinung nach ebenfalls zuständigen Reha-Träger weiter und bittet diesen, seine Teil-Leistungsverpflichtung zu prüfen. Wenn möglich, sollte er die Höhe seiner Leistung bereits benennen. Eine Abstimmung sollte auch dahingehend erfolgen, ob beide Rehabilitationsträger jeweils ihre Teilleistungen selbst auszahlen oder ob der zweite Reha-Träger alles in Form einer Gesamtleistung darbietet (mit der Möglichkeit des späteren Ausgleichs in Form eines Erstattungsanspruchs).

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



6.5 Antragsaufnahme für einen anderen Rehabilitationsträger

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 2 Abs. 3,
SGB IX
§14Empf

Die Frist des § 14 SGB IX soll nicht für Rehabilitationsträger zu laufen beginnen, die dem Grunde nach nicht Adressat für den Antrag auf Teilhabeleistungen sein sollen. Deshalb wird ein Rehabilitationsträger nicht „erstangegangen“, wenn ein Antrag erkennbar an einen anderen Rehabilitationsträger adressiert ist und nur „irrtümlich“ bei einem anderen Rehabilitationsträger eingegangen ist. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn der Rehabilitand den Antrag deshalb in den Briefkasten eines unzuständigen Trägers eingeworfen hat, weil dieser wohnortnah ist (vgl. § 16 Abs. 1 Satz 2 SGB I).

Nimmt z. B. ein Rehabilitationsträger einen Antrag auf Teilhabeleistungen für einen anderen Rehabilitationsträger (z. B. Rentenversicherungsträger) auf dessen Antragsvordruck auf, gilt das Gleiche. „Erstangegangen“ ist somit der Träger, an den der Antrag adressiert ist. Das hat zur Folge, dass er den Antrag weiterleiten kann, wenn er bei der Prüfung des Antrags seine fehlende Zuständigkeit feststellt.

6.6 Fristenberechnung

Generelles zur Kundenberatung

§ 14 Abs. 1
Satz 1
SGB IX,
§ 1 Abs. 1,
SGB IX
§14Empf

§ 14 Abs. 4
Satz 3
SGB IX

Die 14-Tage-Frist zur Klärung der Zuständigkeit beginnt am Tag nach Eingang des Antrags bei dem Rehabilitationsträger. Ein die Frist auslösender Antrag liegt vor, wenn die Unterlagen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen, vorliegen. Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität und das konkrete Leistungsbegehren des Antragstellers erkennbar sind.

In der Praxis hat sich die Meinung durchgesetzt, dass die Frist mit dem Zeitpunkt beginnt, an dem eine Beurteilung der Zuständigkeit möglich ist. Sonst bestünde die Möglichkeit, dass der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet wird, die zuvor erwähnte Aussage in der Gemeinsamen Empfehlung eng auslegt. Dann würde nämlich der „zweitangegangene“ Rehabilitationsträger den weitergeleiteten Antrag mit dem Hinweis wieder zurücksenden, dass die Frist des § 14 SGB IX versäumt wurde und

so der Leistungsanspruch von dem erstangegangenen Rehabilitationsträger zu erfüllen ist (ohne einen Erstattungsanspruch geltend machen zu können).

Wurde beispielsweise ein Antrag auf Präventionsleistungen nach §§ 23, 24 SGB V gestellt und stellt sich im Verwaltungsverfahren heraus, dass der Versicherte Gesundheitsstörungen hat, die über das Maß der Gesundheitsschwäche hinausgehen, beginnt die Frist des § 14 SGB IX mit dem Zeitpunkt der Feststellung über das Vorliegen eines Teilhabebedarfs i.S.d. § 4 SGB IX.

Die Frist des § 14 SGB IX beginnt dagegen nicht, wenn der Antragsteller selbst unzureichende Angaben gemacht hat und das Leistungsbegehren nicht klar wird. Voraussetzung ist ferner, dass der Rehabilitationsträger keine Möglichkeit hat, sich die fehlenden Angaben über einen anderen Weg zu besorgen.

6.7 Spätester Zeitpunkt der Weiterleitung

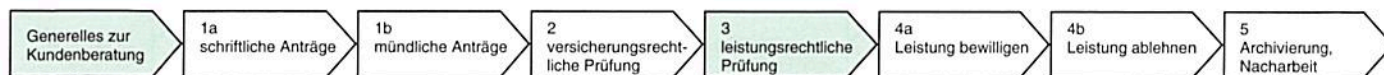
Generelles zur Kundenberatung

Nach dem Wortlaut des § 14 Abs. 1 SGB IX hat der erstangegangene Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit innerhalb von 14 Tagen nach dem Tag des Eingangs des Antrags zu prüfen. Die 14-Tage-Frist beginnt mit dem Zeitpunkt zu laufen, an dem die Information über den möglichen Teilhabebedarf in den Verantwortungsbereich des Rehabilitationsträgers gelangt. Der Eingang des Antrags auf eine Teilhabeleistung bzw. der Tag, ab dem der Unfallversicherungs- oder der Sozialhilfeträger von Amts wegen den Teilhabebedarf zu ermitteln hat, gilt als „Ereignistag“ i.S.d. § 26 Abs. 1 SGB X. Der erste Tag der 14-Tage-Frist beginnt somit mit dem Folgetag. Die Frist endet mit Ablauf des nächsten folgenden Werktags, wenn ihr Ende auf einen Sonntag, gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend fällt.

§ 26 Abs. 3
SGB X

Diese Frist kann die AOK voll ausschöpfen. Ergibt dann die Prüfung, dass der Antrag weitergeleitet werden muss, hat dieses unverzüglich zu geschehen. § 121 BGB definiert den Begriff „unverzüglich“ mit den Worten „ohne schuldhaftes Zögern“.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



In einer Verwaltung kann deshalb die Weiterleitung innerhalb des nächsten Arbeitstags erfolgen, falls nicht besondere, außergewöhnliche Ereignisse vorgelegen haben. Mangelnde Organisation kann kein Grund sein, die verspätete Weiterleitung zu akzeptieren.

Die 14-Tage-Frist des § 14 SGB IX läuft auch dann, wenn die Zuständigkeit deshalb nicht geprüft werden kann, weil ein anderer, ggf. vorrangig zuständiger Rehabilitationsträger nicht feststellen kann, ob bei ihm Versicherungsschutz/Hilfebedürftigkeit besteht (z. B. Prüfung der Wartezeit i. S. d. § 11 SGB VI bei noch nicht geklärtem Versicherungskonto). Um nicht in die Verfristung zu kommen, bleibt dem erstangegangenen Rehabilitationsträger nur übrig, den Antrag auf die Teilhabeleistung rechtzeitig weiterzuleiten oder eine einzelfallbezogene Verfahrensabsprache zu vereinbaren.

Wird der Antrag auf Teilhabeleistungen an einen anderen Rehabilitationsträger weitergeleitet, erfolgt dieses überwiegend in Form eines Briefs unter Beifügung von vorhandenen Berichten, Gutachten usw. mit einem Universalschreiben. Ebenfalls der Versicherte und ggf. der Leistungserbringer (Vertragspartner) erhält eine entsprechende Information über die Weiterleitung.

Entscheidend ist der Tag der Weiterleitung, nicht der Tag des Eingangs des weitergeleiteten Antrags bei dem zweitangegangenen Rehabilitationsträger. Dabei gilt als Tag der Weiterleitung nicht der Zeitpunkt, an dem der Antrag den Schreibtisch des bearbeitenden Mitarbeiters verlässt, sondern z. B. der Tag der Aufgabe zur Post (Poststempel). Organisatorische Verzögerungen im internen Verwaltungsbereich führen somit ggf. zur Fristversäumnis.

6.8 Zu erfüllender Leistungsanspruch

6.8.1 Erstangegangener Rehabilitationsträger

Ist der zuerst angegangene Rehabilitationsträger zuständig, weil kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig die Leistungen zu erbringen hat, hat der Rehabilitationsträger den individuellen Teilhabebedarf unverzüglich festzustellen und die Entscheidung über die Leistung spätestens 21 Tage nach Eingang des Antrags (Ereignistag) zu treffen. Besonderheiten gelten lediglich dann, wenn zur Feststellung des Leistungsumfangs ein Gutachten veranlasst werden muss; dann ist die Entscheidung über die Leistung innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des Gutachtens zu treffen.

Mit der Entscheidung kann der Anspruch auf die Leistung im Rahmen der eigenen, rehabilitationsträgerspezifischen Leistungsgesetze abgelehnt oder bewilligt werden. Bei Bewilligung des Antrags ist es nicht erforderlich, dass der Antragsteller innerhalb der Drei-Wochen-Frist seine Leistung erhält bzw. die Teilhabemaßnahme begonnen hat. Entscheidend ist lediglich, dass aufgrund des festgestellten Bedarfs Art, Umfang und voraussichtlicher Beginn der Leistung feststehen und zugleich ein Verwaltungsakt an den Leistungsberechtigten gerichtet wurde. Es ist nicht Voraussetzung, dass der Verwaltungsakt dem Leistungsberechtigten innerhalb der Drei-Wochen-Frist zugeht.

6.8.2 Zweitangegangener Rehabilitationsträger

Erhält ein Rehabilitationsträger von dem erstangegangenen Rehabilitationsträger einen Antrag auf Teilhabeleistungen, ist er grundsätzlich als zweitangegangener Rehabilitationsträger zur Leistung verpflichtet. Besonderheiten gelten nur, wenn

- der erstangegangene Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit erst nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist prüfte. In diesen Fällen weist der zweitangegangene Rehabilitationsträger den Antrag mit entsprechendem Hinweis auf § 14 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 3 SGB IX sowie § 2 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung an den erstangegangenen Rehabilitationsträger zurück,

3 leistungsrechtliche Prüfung

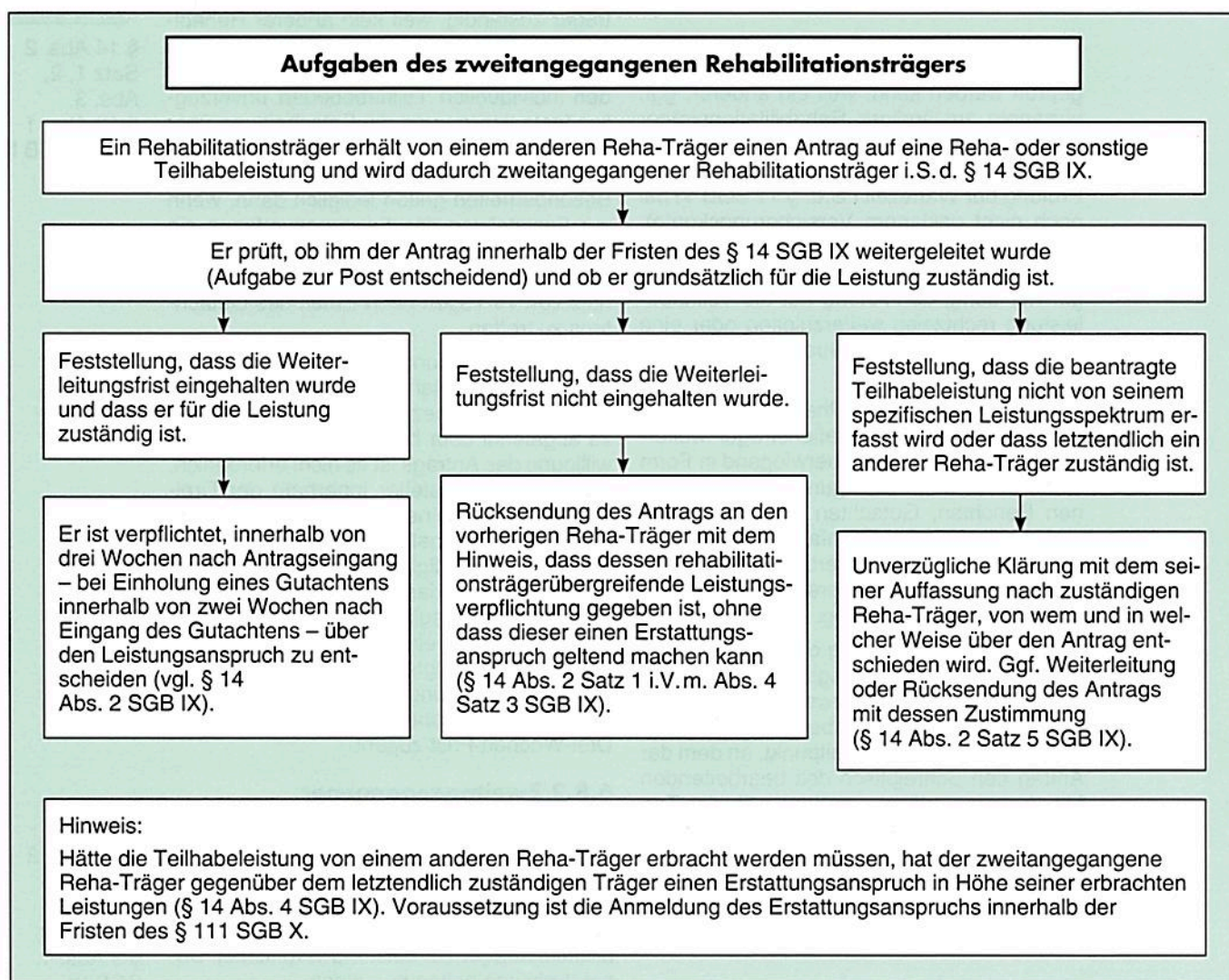
§ 14 Abs. 2 Satz 1, 2, Abs. 3, § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

§ 14 Abs. 2 Satz 3 – 5 SGB IX, § 2 Abs. 2, § 3 Abs. 1, SGB IX §14Empf

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



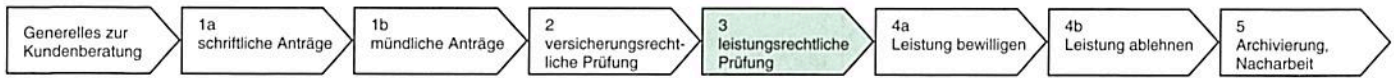
- separate Verfahrensabsprachen zwischen den Rehabilitationsträgern greifen, →
- der zweitangegangene Träger einen „dritten“ Rehabilitationsträger für zuständig hält und dieser „drittangegangene“ Rehabilitationsträger eine nochmalige Weiterleitung vorher zugestimmt hat (§ 14 Abs. 2 Satz 5 SGB IX).



Der zweitangegangene Rehabilitationsträger hat drei Wochen Zeit, um den individuellen Teilhabebedarf zu ermitteln und anschließend die Leistungen abzulehnen oder Art, Umfang und Beginn der Leistung zu bestimmen. Die 3 Wochen beginnen mit dem Tag nach Eingang des Antrags auf Teilhabeleistungen.

In dem Lernbrief zum Thema „Anträge auf Krankengeld bearbeiten“ haben Sie bereits § 111 SGB X kennengelernt. Auch bei den Rehabilitationsleistungen ist er von Bedeutung.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Der zweitangegangene Rehabilitationsträger hat innerhalb der Ausschlussfrist des § 111 SGB X einen Erstattungsanspruch (ein Jahr nach Beendigung der Leistung) beim erstattungsverpflichteten Rehabilitationsträger anzumelden (oder zugleich als Erstattungsanspruch zu beziffern). Geschieht dieses nicht rechtzeitig, erlischt der Erstattungsanspruch nicht nur formell, sondern materiell-rechtlich.

Deshalb sollte die AOK, wenn sie als „zweitangegangener“ Rehabilitationsträger leistet und meint, doch nicht letztendlich zuständiger Rehabilitationsträger zu sein, gleich ihren Erstattungsanspruch beim voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger anmelden. Denn nicht selten vergehen zwischen der jeweiligen Rehabilitationsleistung und dem Erhalt aller Rechnungen mehr als ein Jahr.

Erkundigen Sie sich bei Ihrer AOK, mit welchem Vordruck der Erstattungsanspruch angemeldet wird.

6.9 Übung zum Lernabschnitt 6

Übung 10

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe

Wie ist in folgenden Fällen zu verfahren?

- a) Bei der AOK geht ein formloser Antrag auf eine stationäre Kinderheilbehandlung (§ 40 Abs. 2 SGB V) ein. Dem Grunde nach würde auch eine Kinderrehabilitation nach § 15a SGB VI in Betracht kommen, da der Vater seit Jahren in einem (renten-)versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis steht. Der Vater wünscht jedoch die Zuständigkeit der AOK.
- b) Der Rentenversicherungsträger („erstangegangener Rehabilitationsträger“) übersendet der AOK einen Antrag mit der Begründung, dass die Wartezeit in der Rentenversicherung nicht erfüllt ist und somit ein Leistungsanspruch nicht besteht. Sie stellen fest, dass der Rentenversicherungsträger eine Versicherungszeit übersehen hat und dass die Wartezeit doch erfüllt ist.
- c) Sie nehmen am 10. 08. einen Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistungen zulasten der Rentenversicherung auf einem an den Rentenversicherungsträger gerichteten Formvordruck auf.
- d) Bei der AOK geht ein Antrag auf einen elektrischen Rollstuhl für einen 52-jährigen, querschnittgelähmten Kunden ein. Aus den Unterlagen der AOK ergibt sich, dass die Lähmung des Kunden (wegen eines Wirbelsäulenbruchs) auf einen Arbeitsunfall zurück zu führen ist.
- e) Von dem Sozialhilfeträger (erstangegangener Rehabilitationsträger i.S.d. § 14 SGB IX) erhält die AOK einen Antrag auf Kostenübernahme für eine stationäre Entwöhnung eines 16-jährigen drogenabhängigen Schülers. Die AOK stellt fest, dass ein Versicherungsverhältnis nicht – wie vom Sozialhilfeträger gemutmaßt – bei der AOK, sondern bei einer anderen Krankenkasse besteht.
- f) Ihre AOK erhält am 12. 12. einen von der DRV Bund („erstangegangener Rehabilitationsträger“) weitergeleiteten Antrag. Sie stellen fest, dass der Antrag bereits am 15. 11. beim Rentenversicherungsträger eingegangen ist. Wegen der Feststellung von Versicherungszeiten im Ausland hatte die DRV Bund fast vier Wochen benötigt. Letztendlich hat der Versicherte jedoch nicht die Wartezeit in der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt, sodass der Leistungsanspruch gegenüber der Rentenversicherung verneint werden musste.
- g) Am 09. 09. geht ein ärztliches Attest bei der AOK ein. Auf dem Attest schlägt der behandelnde Arzt dringend eine stationäre Vorsorgeleistung für einen 180 kg schweren, adipösen Versicherten vor. Nach Einholung von ärztlichen Berichten erkennen Sie am 25. 09., dass bereits Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen in der Teilhabe vorliegen und dass nicht eine stationäre Vorsorgeleistung, sondern eine stationäre medizinische Rehabilitation i.S.d. § 40 Abs. 2 SGB V notwendig ist. Ferner kommen Sie am 27. 09. zu der Erkenntnis, dass eigentlich der Rentenversicherungsträger zuständig ist.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



7 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 43 SGB V

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation können vom Versicherten

- als Nebenleistung zur Hauptleistung (Haushaltshilfe) oder
- zur Sicherung des Rehabilitationsziels (Patientenschulungen oder Rehabilitations-sport sowie Funktionstraining)

beansprucht werden. Außerdem wird der AOK die Möglichkeit gegeben, sonstige ergänzende Leistungen zu bewilligen. Hierbei handelt es sich um Leistungen, die meist wegen Ihrer Individualität oder Seltenheit nicht im SGB V aufgeführt sind, aber den Reha-erfolg unterstützen.

Die Reisekosten im Zusammenhang mit den Rehabilitationsleistungen werden in § 60 Abs. 5 SGB V aufgeführt, zählen aber trotzdem zu den ergänzenden Leistungen. Diese werden ebenfalls im Zusammenhang mit der Hauptleistung gewährt. Vgl. Punkt 8 dieses Lernbriefs.

7.1 Sonstige ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 43 Abs. 1
Nr. 1 SGB V

Nach dieser Vorschrift kann der Versicherte im Rahmen von Rehabilitationsleistungen auch solche Leistungen beanspruchen, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht

- zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufsfördernde Leistungen) oder
- zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Integration)

gehören.

Als sonstige Leistungen in diesem Sinne werden nur diejenigen bezeichnet, die nicht schon in anderen Vorschriften geregelt sind, aber im konkreten Einzelfall notwendig sind.

Gemeint sind hier Leistungen wie z. B.

- Ernährungsberatung nach Magen-OP,
- rehabilitative individuelle Rückenschulungen bei Wirbelsäulenschäden oder
- Spezialgebühren im Zusammenhang mit Organtransplantationen (z. B. Kosten für das Suchen eines Spenders).

Ob und in welchem Umfang die AOK Leistungen erbringt, liegt allein in Ihrem Ermessen.

7.2 Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

3
leistungsrechtliche Prüfung

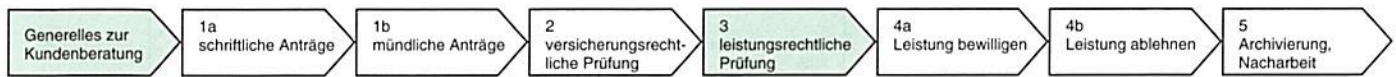
Die Krankenkasse kann im Rahmen ihres Ermessens interdisziplinäre Patientenschulungen für chronisch Kranke voll oder teilweise finanzieren, wenn

- sie zuletzt Krankenbehandlung geleistet hat oder noch leistet und
- die Wirksamkeit und Effizienz der jeweiligen Patientenschulung (vom Medizinischen Dienst) anerkannt wurde.

Der interdisziplinäre Ansatz wird erst durch eine professionsübergreifende Arbeitsweise gewährleistet. Jeder im Rehabilitationskonzept eingebundene Heilberufler (z. B. Arzt, Sportlehrer, Ernährungsberater, Psychologe) bedingt das Zusammenführen verschiedener Teilaspekte, welche in der Summe den gewünschten Rehabilitationserfolg (ganzheitlicher Ansatz) ergeben. Ein reines Nebeneinander dieser Aspekte reicht nicht aus. So sind z. B. Patientenschulungen für übergewichtige Menschen nicht interdisziplinär, wenn lediglich der Ernährungsberater tätig wird. Ein Anspruch für die notwendige Ernährungsberatung wäre dann lediglich nach § 43 Abs. 1 Nr. 1, nicht aber nach Nr. 2 SGB V gegeben. Der Unterschied ist meist in der doch erheblich unterschiedlichen Kostenbeteiligung der AOK zu erkennen.

Neben den interdisziplinären Patientenschulungen für übergewichtige/adipöse Menschen finanzieren die AOKs auch Patientenschulungen für Menschen mit z. B. Neurodermitis oder Asthma. Erkundigen Sie sich, welche Schulungen hierzu von Ihrer AOK bezuschusst werden.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

**Beispiel**

Für an Neurodermitis erkrankte Kinder und Jugendliche bietet eine Kinderklinik eine spezielle Schulung an. Inhalte sind bestimmte Cremetechniken und Entspannungsverfahren, das Erarbeiten und Erproben von Strategien im Umgang mit psychischen Belastungen, der Umgang mit Juckreiz, der Umgang mit Kleidungs- und Nahrungsmittelallergien usw. Die interdisziplinäre Schulung wird an sieben Tagen à 2,5 Stunden durchgeführt.

Auch hier ist durch die Krankenkasse eine Beteiligung an den Kosten nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V möglich.

Anzumerken ist, dass die Entscheidung der AOK ermessensfehlerfrei sein muss. Das heißt, dass vergleichbare Personengruppen von der Höhe her gleich zu bezuschussen sind.

7.3 Haushaltshilfe, Mitaufnahme des Kindes

Generelles zur Kundenberatung

Hinsichtlich des Anspruchs auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) im Zusammenhang mit medizinischen Rehabilitationsleistungen verweist § 43 SGB V auf die Vorschriften im SGB IX.

Zum 01. 01. 2018 ändert sich die Rechtsgrundlage des § 54 SGB IX und wird durch die Rechtsgrundlage § 74 SGB IX abgelöst.

Es gibt dem Grunde nach zwei Unterschiede:

1. dem § 54 SGB IX ist eine satzungsmäßige Mehrleistung (§ 38 Abs. 2 SGB V, z. B. Haushaltshilfe bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres des Kindes) fremd

und

2. die Zuzahlung i. H. v. 10 % des Abgabepreises, mindestens 5 € und höchstens 10 €, ist vom Versicherten während der Rehabilitationsleistungen nicht zu entrichten. Dem § 54 Abs. 1 SGB IX fehlt nämlich bewusst eine Regelung, die den Versicherten zur Zuzahlung verpflichtet.

Zu beachten ist, dass die Übernahme der Haushaltshilfe im Zusammenhang mit medizinischen Rehabilitationsleistungen der AOK wegen § 7 Satz 2 SGB IX (vgl. Punkt 3.1 dieses Lernbriefs) nach der krankenspezifischen Vorschrift des § 38 SGB V erfolgt. Demnach besteht seitens des Versicherten eine Zuzahlungspflicht.

GR v.
26. 11. 2003
zu § 38
SGB V,
Tit. 2 Abs. 4

Der Rehabilitand hat die Wahl, ob der Rehabilitationsträger anstelle der Kosten für die Haushaltshilfe die Kosten für die Mitaufnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes tragen soll. Damit versucht der Gesetzgeber, insbesondere die Rehabilitationsbereitschaft alleinstehender Mütter und Väter zu fördern. Die Wahlmöglichkeit besteht allerdings nur dann, wenn in der Rehabilitationseinrichtung die Betreuung des Kindes sichergestellt ist.

Eine Mitaufnahme des Kindes in die Rehabilitationsklinik kommt in der Regel nur für Kinder in Betracht, die bisher mit dem Rehabilitanden in häuslicher Gemeinschaft leben und das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw. behindert und auf Hilfe angewiesen sind.

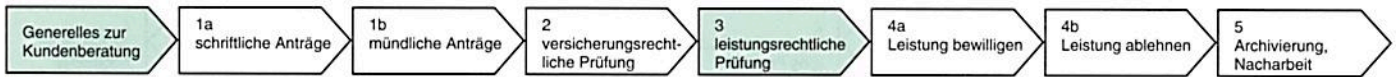
Die Formulierung „anstelle der Haushaltshilfe“ weist darauf hin, dass nicht beide Leistungen gleichzeitig erbracht werden können.

Die Kosten für die Mitaufnahme des Kindes werden nur bis zu der Höhe übernommen, die der Rehabilitationsträger sonst für eine professionelle Ersatzkraft (Sachleistungsanspruch) aufzubringen hätte. In der Praxis sind allerdings die Kosten für die Mitnahme des Kindes regelmäßig niedriger als die sonst für die professionelle Ersatzkraft anfallenden Kosten.

Beispiel

Waltraud Schnecke (22 Jahre) ist alleinerziehend (2-jährige Tochter) und drogenabhängig. Sie soll am 06. 06. eine 26-wöchige Entwöhnung zulasten der AOK beginnen. Waltraud Schnecke ist aber erst dazu bereit, wenn sie ihre Tochter mit zur Entwöhnung nehmen kann.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



8 Reisekosten

Folge

Waltraud Schnecke hat einen Anspruch darauf, dass ihre Tochter mit aufgenommen wird. Die AOK sucht für sie deshalb eine geeignete Entwöhnungseinrichtung, in der Kinder mit aufgenommen werden können.

8.1 Besonderheiten bei Reisekosten

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Fahrkosten und andere Reisekosten nach § 53 Abs. 1 – 3 SGB IX übernommen.

§ 60 Abs. 5
SGB V

Zum 01. 01. 2018 ändert sich die Rechtsgrundlage des § 53 SGB IX und wird durch die Rechtsgrundlage § 73 Abs. 1 – 3 SGB IX abgelöst.

Reisekosten sind die notwendigen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten sowie die Kosten des erforderlichen Gepäcktransports. Auch die Aufwendungen für eine erforderliche Begleitperson werden berücksichtigt.

GR v.
18. 06. 2001
zu § 53
SGB IX,
Tit. 3

Welche Fahrkosten notwendig sind und in welcher Höhe eine Kostenerstattung bei Benutzung eines Pkw vorgenommen wird, kennen Sie bereits aus dem Lernbrief zum Thema „Anträge auf Fahrkostenzuschüsse bearbeiten“. Zu beachten ist aber, dass im Zusammenhang mit Rehabilitationsleistungen keine Zuzahlung zu entrichten ist.

3
leistungsrechtliche Prüfung

Die AOK erstattet ihren Kunden die Kosten für das Befördern von bis zu zwei notwendigen persönlichen Gepäckstücken. Das gilt allerdings nicht bei der Benutzung eines privateigenen Pkw. Unter bestimmten Voraussetzungen können darüber hinaus Verpflegungskosten bei einer Abwesenheit von mehr als acht Stunden täglich nach § 6 BRKG sowie Übernachtungskosten nach § 7 BRKG erstattet werden.

GR v.
18. 06. 2001
zu § 53
SGB IX,
Tit. 3.3 – 3.5

Dauert eine stationäre Rehabilitationsleistung länger als acht Wochen, übernimmt die AOK auch die Reisekosten für im Regelfall zwei Familienheimfahrten je Monat zum Wohnort.

Eine Eigenbeteiligung des Kunden an den notwendigen Reisekosten ist nicht vorgesehen.

GR v.
18. 06. 2001
zu § 53
SGB IX,
Tit. 3.1

Für eine erforderliche Begleitperson werden die Kosten in entsprechender Höhe übernommen. Entsteht infolge der Begleitung unseres Kunden zum Rehabilitationsort ein Verdienstausschlag, wird auch dieser (als Reisekosten) erstattet.

GR v.
18. 06. 2001
zu § 53
SGB IX,
Tit. 3.7

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



GR v.
18. 06. 2001
zu § 53
SGB IX,
Tit. 4

Muss der Rehabilitand seine Kinder – bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres bzw. behinderte Kinder – an den Rehabilitationsort mitnehmen, weil er sie nicht anderweitig unterbringen kann, werden auch für die Kinder die notwendigen Reisekosten in voller Höhe erstattet.

8.3 Übernachtungskosten bei mehrtägiger An-/Abreise

Erfordert die An- bzw. Abreise mehr als einen Tag und entstehen dem Versicherten Kosten für eine Übernachtung, sind diese in Anlehnung an die Regelungen des BRKG zu übernehmen.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 7 BRKG

Betragen die Kosten im Einzelfall mehr als 60 € je Übernachtung, sind die Mehrkosten nur insoweit anzuerkennen, als diese notwendig sind. Notwendig sind sie dann, wenn die Kosten nicht die Kosten für eine „gutbürgerliche Unterkunft“ übersteigen. Hierbei sind regionale Besonderheiten (z. B. Hotel in einer Großstadt oder in einem Touristenzentrum) zu berücksichtigen.

8.2 Verpflegungskosten

Die Höhe der Verpflegungskosten richtet sich nach der Reisedauer. Bei der Ermittlung der Reisedauer ist jeder Kalendertag gesondert zu beurteilen.

Als Ersatz der Mehraufwendungen für Verpflegung für die An- bzw. Abreise sind dem Rehabilitanden bzw. der notwendigen Begleitperson bei einer Reisedauer von

- mehr als 8 Stunden und weniger als 24 Stunden 12,00 €
- 24 Stunden 24,00 €

pauschal zu erstatten.

Die Reisedauer ermittelt sich aus der Differenz zwischen Uhrzeit bei der Abreise vom Wohnsitz und Ankunft in der Rehabilitationseinrichtung (oder umgekehrt).

Ist in den Übernachtungskosten das Frühstück enthalten, sind die Verpflegungskosten vor Ermittlung des erstattungsfähigen Betrags um 4,80 € je Übernachtung zu vermindern.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 6 Abs. 2
BRKG

8.4 Gepäcktransportkosten

Entstehen bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel Kosten für den Transport des Gepäcks (z. B. bei Fahrt mit der Bahn), können diese grds. nur für ein Gepäckstück je Person berücksichtigt werden. Beträgt die Dauer der Rehabilitationsleistung (voraussichtlich) mehr als drei Wochen, werden bei einigen AOKs auch die Kosten für ein zweites Gepäckstück anerkannt.

Die Kosten sind vom Versicherten durch Quittungen etc. nachzuweisen.

3
leistungsrechtliche Prüfung

8.5 Begleitperson

Ist für die An- und/oder Abreise aus medizinischen Gründen eine Begleitperson erforderlich, sind die für diese entstehenden Fahr-, Übernachtungs-, Verpflegungs- und Gepäcktransportkosten entsprechend den oben beschriebenen Regelungen zu übernehmen.

Die medizinische Notwendigkeit einer Begleitperson ist vom behandelnden Arzt entsprechend zu bescheinigen und vom MDK zu bestätigen.

Entsteht der Begleitperson aus Anlass der Begleitung nachweislich ein Verdienstausfall, ist dieser dann zu ersetzen, wenn

- er unvermeidbar war (z. B. aufgrund des mit der Begleitung verbundenen Zeitaufwands) und

3
leistungsrechtliche Prüfung

1. Beispiel

Der Versicherte tritt die Anreise zur Rehabilitationseinrichtung um 5.30 Uhr an. Dort kommt er um 16.45 Uhr an.

Folge

Die Reisedauer beträgt 11 Stunden und 15 Minuten. Verpflegungskosten sind in Höhe von 12 € zu zahlen, da die Reisedauer mehr als 8 Stunden betrug.

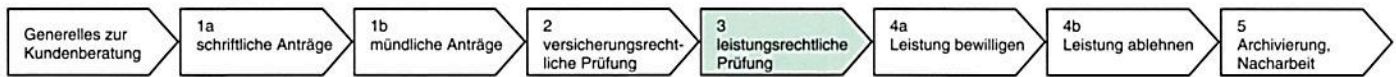
2. Beispiel

Der Versicherte tritt die Anreise zur Rehabilitationseinrichtung um 8.00 Uhr an. Dort kommt er um 14.00 Uhr an.

Folge

Die Reisedauer beträgt sechs Stunden. Verpflegungskosten sind nicht zu zahlen, da die Reisedauer weniger als acht Stunden betrug.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



- die Begleitperson keine Fortzahlung des Arbeitsentgeltes nach § 616 Abs. 1 BGB bzw. aufgrund tarif- oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen beanspruchen konnte.

Maßgebend ist der vom Arbeitgeber der Begleitperson bescheinigte Nettoverdienstoffall.

Die hierdurch entstehenden Kosten sind maximal in Höhe der Kosten, die bei einer Familienheimfahrt des Versicherten entstehen, zu berücksichtigen. Fahrpreisvergünstigungen, die lediglich dem Versicherten zustehen, bleiben unberücksichtigt.

8.8 Übung zum Lernabschnitt 8

3
leistungsrechtliche Prüfung

8.6 Familienheimfahrten

Dauert die medizinische Rehabilitationsleistung länger als acht Wochen, können je Monat (Zeitmonat) zwei Familienheimfahrten des Versicherten entsprechend den oben beschriebenen Regelungen übernommen werden. Eine Familienheimfahrt kann in diesen Fällen erstmals nach Ablauf von acht Wochen (56 Kalendertage) seit Beginn der stationären Rehabilitationsleistung gewährt werden. Die Zeiten einer vorausgegangenen Krankenhausbehandlung werden dabei nicht mitgezählt.

Voraussetzung für die Übernahme der Kosten für die Familienheimfahrt ist jedoch, dass seitens des behandelnden Arztes keine Bedenken hinsichtlich einer möglichen Gefährdung des Rehabilitationsziels bestehen und die Rehabilitationsleistung voraussichtlich noch mindestens 14 Tage andauern wird.

Abweichend von der hier beschriebenen Regelung können Kosten für zusätzliche Familienheimfahrten in begründeten Ausnahmefällen, z. B. bei Tod oder lebensbedrohender Erkrankung des Ehegatten/Lebenspartners, eines Kindes, der (Schwieger-)Eltern, Geschwister etc., übernommen werden. Voraussetzung ist der Nachweis dieses besonderen Anlasses. Diese besonderen Fahrten werden jedoch bei zukünftigen Fahrten auf die Höchstanzahl von zwei Fahrten je Monat angerechnet.

8.7 Besuchsfahrten eines Angehörigen

3
leistungsrechtliche Prüfung

Anstelle der Kosten einer Familienheimfahrt des Versicherten kann die AOK die Kosten der Fahrt eines Angehörigen zum Ort der Rehabilitation übernehmen. Reisen mehrere Angehörige gemeinsam zum Ort der Rehabilitation, können die Kosten nur für einen Angehörigen übernommen werden.

Übung 11

Matthias Stamm, 67 Jahre, als Rentner Mitglied der AOK, erhält für die Zeit ab 05. 06. eine stationäre Rehabilitationsleistung in der Klinik Waldesruh. Für die Fahrt zu der 450 km entfernten Klinik ist aus zwingenden Gründen der Transport mit einem privaten Kraftfahrzeug (PKW) mit Begleitung notwendig. Ein Krankentransport durch die Klinik ist vertraglich nicht vorgesehen.

Die Begleitung erfolgt durch die Ehefrau, Mathilde Stamm. Beide beginnen die Reise zur Klinik am 05. 06. um 7.30 Uhr und erreichen die Klinik um 15.00 Uhr. Da Mathilde Stamm die Rückreise am selben Tag nicht zuzumuten ist und nicht in der Klinik unterkommen kann, übernachtet sie am Rehabilitationsort in einem „gutbürgerlichen“ Hotel. Hierfür zahlt Mathilde Stamm ohne Frühstück 35 €. Am Morgen des 06. 06. fährt Mathilde Stamm wieder nach Hause. Dort trifft sie um 14.30 Uhr ein.

Noch während der stationären Rehabilitation beantragt Matthias Stamm die Erstattung der Fahrtkosten, das Tagesgeld für ihn und seine Frau und die Übernachtungskosten, die seiner Frau entstanden sind.

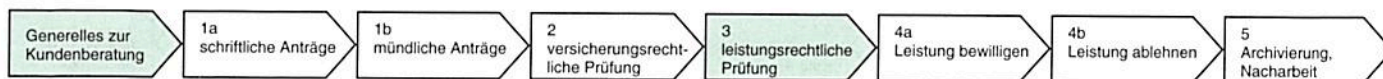
Hinweis

Bei der folgenden Aufgabe reicht eine tabellarische Aufstellung ohne Begründung und Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage

In welcher Höhe sind von der AOK Reisekosten für den 05. und 06. 06. zu erstatten?

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



9 Rehabilitationssport/Funktions-training

Generelles zur Kundenberatung

§ 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX

9.1 Allgemeines

Die AOK finanziert den Rehabilitationssport und das Funktionstraining als ergänzende Leistung. Der Rehabilitationssport als auch das Funktionstraining dienen dazu,

- das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern oder
- einer Behinderung vorzubeugen (z. B. bei chronisch Kranken oder bei Versicherten mit einer fortschreitend verlaufenden Erkrankung).

Zum 01. 01. 2018 ändert sich die Rechtsgrundlage des § 44 SGB IX und wird durch die Rechtsgrundlage § 64 SGB IX abgelöst.

Durch den Rehabilitationssport bzw. durch das Funktionstraining sollen Versicherte langfristig für den Sport bzw. zur Bewegung motiviert und an einen Sportverein oder eine Funktionstrainingsgruppe gebunden werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppendynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter zu stärken.

Mit Blick auf die Eigenverantwortung des Rehabilitanden werden der Rehabilitationssport und das Funktionstraining nur solange von der AOK finanziert, bis der Versicherte in der Lage ist, die Übungen in Eigenregie eigenverantwortlich – ohne fachkundige Leitung des Übungsleiters – z. B. in einem „normalen“ Sportverein bzw. in einer „normalen“ Funktionstrainingsgruppe durchzuführen.

Zur Ausgestaltung und Vereinheitlichung des Rechts haben die meisten Rehabilitationsträger unter Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemeinsame Rahmenvereinbarungen erarbeitet (RehaSpRVb).

9.2 Unterscheidung Rehabilitationssport/Funktions-training

Nach der Rahmenvereinbarung (in der ab 01. 01. 2011 geltenden Fassung) ist Ziel des Rehabilitationssports, die Ausdauer und Kraft des behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen zu stärken. Dadurch unterscheidet sich der Rehabilitationssport grundlegend von dem Funktionstraining, welcher darauf ausgerichtet ist, auf die Stütz- und Bewegungsorgane (z. B. Muskeln, Gelenke) einzuwirken, um deren Funktion positiv und langfristig zu sichern.

3 leistungsrechtliche Prüfung

Tit. 2.2 RehaSpRVb

Beispiel

Markus Weber hat einen Herzinfarkt erlitten und kann nach zwei Bypass-Operationen seinen Körper nur in bestimmtem Umfang belasten. Einen Freizeitsport (Fußball spielen, laufen usw.) kann er deshalb zumindest in der ersten Zeit nach den Operationen wegen der Gefahr der Überanstrengung nicht ausüben. Um die für den (Arbeits-)Alltag nötige körperliche Fitness zu erreichen bzw. zu sichern, bietet es sich allerdings an, dass er in gewisser Regelmäßigkeit in einer Gruppe mit anderen Teilnehmern (z. B. in einer Koronarsport-Gruppe) unter ärztlicher Betreuung am Wohnort oder in der Nähe des Wohnorts kontrollierte Übungen verrichtet. Da Ziel der sportlichen Übungen die Stärkung der Kraft und Ausdauer des Körpers ist, erhält Markus Weber Rehabilitationssport.

Insbesondere bei manifesten oder drohenden Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane kann das Funktionstraining hilfreich sein, um das Rehabilitationsziel (§ 4 SGB IX) zu erreichen oder zu sichern. Das Funktionstraining wirkt mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf die Muskeln, Gelenke und den menschlichen Stützapparat. Es wird oft bei chronischen Krankheiten (z. B. Rheuma) eingesetzt und in der Regel in Form der Trocken- oder der Wassergymnastik durchgeführt. Ziele des Funktionstrainings sind

Tit. 3.2 RehaSpRVb

- der Erhalt von Körperfunktionen (insbesondere der von Muskeln und Gelenken ausgehenden Körperfunktionen),

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



- die Beseitigung bzw. Verbesserung von Störungen dieser Funktionen,
- das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile,
- die Schmerzlinderung,
- die Beweglichkeitsverbesserung und
- die Hilfe zur Selbsthilfe.

Übungen ohne medizinische Notwendigkeit und außerhalb von Gruppen gelten nicht als Rehabilitationssport. Gleiches gilt für Übungen an technischen Geräten, die dem Muskelaufbau oder der Ausdauersteigerung dienen (z.B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hanteln, Arm- und Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer).

Tit. 4.5
RehaSpRVb

Merke

Unterschied zwischen

Reha-Sport und Funktionstraining

Übungen zur Kräftigung des Körpers und Steigerung der Ausdauer

Übungen, um Versteifungen des Bewegungsapparats, insbesondere der Gelenke, vorzubeugen

Bewegungsspiele, Herzsport

Trocken-/Warmwassertherapie

Merke

Rehabilitationssport und Funktionstraining findet regelmäßig zu festgelegten Zeiten immer in der Gruppe in Anwesenheit eines ausgebildeten Übungsleiters statt.

9.3 Bewilligungsdauer beim Rehabilitationssport

Die medizinische Notwendigkeit für Rehabilitationssport ist grundsätzlich so lange gegeben, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltungen auf die fachkundige Leitung des Übungsleiters angewiesen ist, um

- die notwendigen Fertigkeiten in den Bewegungsabläufen eines für ihn angemessenen Übungsprogramms zu erlernen,
- um für die Fortführung der Übungen (z.B. im Behindertensportverein oder allgemeinen Sportverein) langfristig motiviert zu werden und/oder
- um den Sport bzw. die Übungen nach Beendigung der Finanzierung durch den Rehabilitationsträger in Eigenverantwortung und – falls notwendig – auf eigene Kosten fortzuführen.

Insofern ist die Leistung „Rehabilitationssport“ aufgrund der Rahmenvereinbarung letztendlich nur als „Anschubfinanzierung durch den Rehabilitationsträger“ zu verstehen. Dadurch kommt die Rahmenvereinbarung der verstärkten Forderung nach der in § 1 Satz 2 i.V.m. § 2 Abs. 1 SGB V verankerten Eigenverantwortung des Rehabilitanden nach. Insofern dient der Rehabilitationssport lediglich als Hilfe zur Selbsthilfe.

An dem Rehabilitationssport nimmt der Rehabilitand in einer gewissen Regelmäßigkeit teil (je nach Verordnung des Arztes ein- bis dreimal wöchentlich). Gegenstand dieser Übungen können beim Rehabilitationssport Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen oder Bewegungsspiele jeglicher Art sein. Beim Funktionstraining sind es therapeutische Bewegungsübungen.

Tit. 7.1, 7.2, 9
RehaSpRVb

Die Durchführung der Übungseinheiten obliegt in der Regel

- beim Rehabilitationssport den örtlichen Rehabilitationssportgruppen, die über die Landesbehinderten-Sportverbände dem Deutschen Behinderten-Sportverband (DBS) eine Anerkennung erhalten haben.
- beim Funktionstraining den örtlichen oder überörtlichen Organisationen für die betreffenden Erkrankungsarten (z.B. Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Rheumaliga). Diese Funktionstrainingsgruppen müssen von den Rehabilitationsträgern anerkannt sein (oft haben die Krankenkassen für die Anerkennung die Landes- oder Bundesverbände der Selbsthilfegruppen beauftragt). Im Übrigen sind nur Selbsthilfegruppen für die Durchführung des Funktionstrainings berechtigt.

3
leistungsrechtliche Prüfung

Tit. 2, 4.1
RehaSpRVb

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Ausnahmen bestehen nur, wenn und solange

- der behinderte Mensch aufgrund seines gesundheitlichen Zustands stark in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt ist und der Rehabilitationssport für ihn somit in seinem Alltagsleben ein besonderes Gemeinschaftserlebnis bedeutet (z. B. Rollstuhlfahrer oder ähnlich stark in der Mobilität eingeschränkte behinderte Menschen)

oder

- der Rehabilitationssport
 - zur Unterstützung der Krankenbehandlung notwendig bzw.
 - zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs sinnvoll ist.

Bei diesen Menschen kann der Arzt nach Ablauf der ersten Verordnung eine weitere (Folge)Verordnung auf dem Vordruck „Muster 56“ ausstellen. Die Krankenkasse hat diese bei Vorliegen der Verhältnisse zu genehmigen.

Tit. 4.4.4
RehaSpRVb

In der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind auch geistig behinderte Menschen oder sonstige Menschen mit schweren kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen. Diese erhalten somit – wie die in der Mobilität stark eingeschränkte Menschen – Rehabilitationssport ohne zeitliche Begrenzung. Unabhängig davon können diese Menschen bereits auf Dauer Rehabilitationssport ohne zeitliche Begrenzung beanspruchen, weil sie die Fähigkeit zum eigenständigen Ausführen der Bewegungsübungen in Eigenverantwortung nicht erlangen.

Ein Anspruch auf Rehabilitationssport mit anschließender Möglichkeit der Folgeverordnung kommt letztendlich nur für einen eng begrenzten Personenkreis in Betracht. Für die Mehrzahl der Reha-Sportler (nicht erheblich in der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gehindert), endet die medizinische Notwendigkeit für Rehabilitationssport, sobald der Betroffene für die erlernten Übungen nicht mehr auf die fachkundige Leitung des Übungsleiters angewiesen ist und der Reha-Sport nicht mehr medizinischen Zielen (Unterstützung der Krankenbehandlung bzw. Sicherung des Rehabilitationserfolgs) dient.

Dieses schließt aber nicht aus, dass der Rehabilitationssport zu einem späteren Zeitpunkt wieder notwendig werden kann – z. B. bei Verschlechterung des Gesundheitszustands –, sodass andere Übungen erlernt werden müssen.

Um für die Mehrzahl der Rehabilitationssportler nicht dauernd die Notwendigkeit von Rehabilitationssport in Frage stellen zu müssen, haben sich die an der Rahmenvereinbarung beteiligten Rehabilitationsträger darauf verständigt, bestimmte Richtwerte anzuwenden. Von diesen Richtwerten kann der verordnende Arzt im Einzelfall auf der Grundlage einer individuellen medizinischen Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls abweichen.

9.3.1 Anspruchsdauer allgemein (ohne Herzsport)

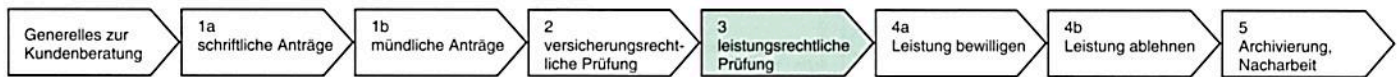
Im Rahmen des Richtwertes beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports 50 Übungseinheiten. Diese Übungseinheiten können in einem Zeitraum von bis zu 18 Monaten in Anspruch genommen werden. Der Anspruch endet mit Ablauf der 18-Monats-Frist auch dann, wenn der Versicherte noch keine 50 Übungseinheiten in Anspruch genommen hat. Auf der anderen Seite muss der Versicherte, der die Höchstzahl an Übungseinheiten in Anspruch genommen hat und aus medizinischen Gründen weiterhin Rehabilitationssport benötigt, für eine Folgeverordnung nicht bis zum Ablauf der 18 Monate warten, um erneut Rehabilitationssport zulasten der Krankenversicherung zu erhalten.

Tit. 4.1 i.V.m.
Tit. 4.4.1
RehaSpRVb

Die Übertragung nicht genutzter Übungseinheiten auf einen späteren Zeitraum ist nicht zulässig. Eine Ausnahme billigen die Spitzenverbände der Krankenkassen den Versicherten aufgrund eines Schreibens an die Sportverbände/Selbsthilfeverbände v. 29. 12. 2005 lediglich bei krankheitsbedingten Unterbrechungen zu. Über sog. Verlängerungsanträge des Versicherten soll im Einzelfall entschieden werden. Von einer krankheitsbedingten Unterbrechung kann erst dann ausgegangen werden, wenn sie glaubhaft gemacht wird und nicht nur vorübergehend war. Als nicht nur vorübergehend wird ein Zeitraum von mehr als durchgehend 3 Monaten angesehen. Die Krankenkasse hat bei Vorliegen der Voraussetzungen die längere

Tit. 16.2
RehaSpRVb

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Anspruchsdauer zu genehmigen. Unabhängig davon kann der Arzt jederzeit einen neuen Anspruch auf Rehabilitationssport verordnen, wenn er die Weiterführung des Rehabilitationssports aus medizinischen Gründen für erforderlich hält.

Bei den auf dem Vordruck „Muster 56“ aufgeführten Krankheiten besteht als Richtwert ein erweiterter Leistungsumfang von 120 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 36 Monaten in Anspruch genommen werden können. Gerade bei diesem Personenkreis kann aber aufgrund der Rechtsprechung auch ein längerer oder mehrfacher Anspruch auf Rehabilitationssport bestehen. Hier bietet es sich an, dass der Arzt bei medizinischem Bedarf immer wieder für 36 Monate 120 Übungseinheiten verordnet (z.B.: weil der behinderte Mensch bei diesen Erkrankungen aufgrund seines gesundheitlichen Zustands stark in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt ist oder weil der Rehabilitationssport zur Unterstützung der Krankenbehandlung notwendig bzw. zur Sicherung des Rehabilitationsziels sinnvoll ist).

Die Entscheidung über den erweiterten Leistungsumfang trifft allein der verordnende Arzt. Er hat sich allein an der medizinischen Notwendigkeit zu orientieren.

9.3.2 Anspruchsdauer bei Herzsport

Bei Patienten mit Schädigungen von Körperfunktionen oder -strukturen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe infolge von Herzkrankheiten kann Rehabilitationssport in einer ärztlich geführten Herzgruppe angezeigt sein. Die Leistungsdauer zulasten der Krankenkasse richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit.

Besteht aus medizinischer Sicht die Notwendigkeit zur Teilnahme am Rehabilitationssport (Nachweis durch einen vom behandelnden Arzt entsprechend ausgefüllten Muster „Vordruck 56“), übernehmen die Krankenkassen die Kosten für die Teilnahme am Rehabilitationssport in Herzgruppen für 90 Einheiten innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten (Richtwert).

Bei den 90 Übungseinheiten handelt es sich ebenfalls um einen Richtwert, von dem der Arzt je nach der Dauer der medizinischen Notwendigkeit in der Verordnung abweichen oder nach Ablauf der Anspruchsdauer erneut Herzsport verordnen kann. Letzteres wird der Fall sein, wenn die Herzleistung als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen Ischämiekriterien weniger als 1,4 Watt/kg Körpergewicht beträgt. In diesen Fällen soll der Arzt als Richtwert jeweils 45 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 12 Monaten in Anspruch genommen werden können, verordnen.

Darüber hinaus kann der Arzt Rehabilitationssport auch dann wieder als „Erstverordnung“ mit der für Erstverordnungen vorgesehenen Richtanspruchsdauer verordnen, wenn der Rehabilitationssport nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung erneut notwendig wird – z. B. nach Herzoperationen und erneuten akuten Herz-Kreislaufstillständen.

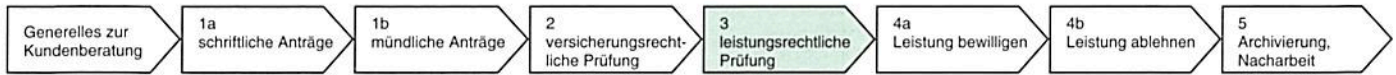
Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang (Richtwert) nicht 90, sondern 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten.

Tit. 4.4.2
RehaSpRVb

Tit. 4.4.2
RehaSpRVb

Tit. 4.4.2
Abs.1 Reha
SpRVb

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Rehabilitationssport und Funktionstraining – Höchstanspruchsdauer in der KV:

Leistungsart	zeitliche Begrenzung	maximale Anzahl Übungen	Anmerkung
allgemeiner Reha-Sport	18 Monate	50 Einheiten	
Reha-Sport für schwer Bewegungseingeschränkte	36 Monate	120 Einheiten	Die Krankheiten sind auf dem Vordruck (Muster 56) aufgeführt
Herzsport	24 Monate	90 Einheiten bei Kindern und Jugendlichen 120 Einheiten (Folgeverordnung: 45 Einheiten)	
Funktionstraining	12/24 Monate	keine Begrenzung vorgesehen	
Verlängerungsmöglichkeit: <ul style="list-style-type: none"> ● bei krankheitsbedingt fehlender Motivation (geistige/seelische Behinderung) ● bei in der Mobilität stark eingeschränkten Menschen (Rollstuhlfahrer) ● zur Unterstützung der laufenden Krankenbehandlung bzw. zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs ● bei Herzsport, wenn die maximale Belastungsgrenze des Herzens weniger als 1,4 Watt/kg beträgt 			

Tit. 4.4.3
RehaSpRVb

9.3.3 Funktionstraining

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert das Funktionstraining für einen Zeitraum von 12 Monaten (Richtwert). Bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch chronisch bzw. chronisch fortschreitend verlaufende entzündlich rheumatische Erkrankungen (z. B.: rheumatoide Arthritis beträgt die Leistungsdauer 24 Monate (Richtwert). Eine Begrenzung auf Übungseinheiten findet nicht statt.

Im Übrigen gelten die sonstigen Grundsätze des Rehabilitationssports.

9.4 Anrechnung von Leistungen anderer Rehabilitationsträger

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung übernehmen Rehabilitationssport im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch den/das Rehabilitationssport Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Hauptleistung) beginnt.

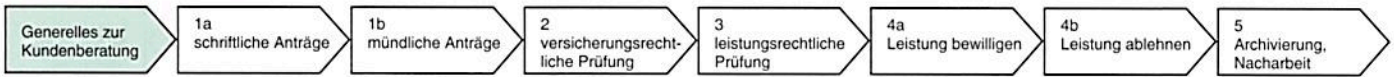
Dabei werden die Kosten für Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Regel bis zu 6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten, übernommen. Eine längere Leistungsdauer als 6 Monate ist möglich, wenn dieses aus medizinischer Sicht erforderlich ist.

3
leistungsrechtliche Prüfung

Tit. 1.2
RehaSpRVb

Tit. 4.2
RehaSpRVb

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Reicht die Dauer des von der Rentenversicherung finanzierten Rehabilitationssports nicht aus, hat ggf. die Krankenkasse die weiteren Kosten bis zur Erreichung der in der Krankenversicherung geltenden Höchstanspruchsdauer zu übernehmen. Der vom Rentenversicherungsträger bereits finanzierte Rehabilitationssport wird dabei auf die Höchstanspruchsdauer angerechnet.

9.5 Fahrkosten

Generelles zur Kundenberatung

Die AOK übernimmt im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grds. Fahrkosten. Als medizinische Leistungen i.S.d. SGB IX gelten die in § 26 SGB IX genannten Leistungen. In den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist der Rehabilitationssport und das Funktionstraining nicht aufgeführt. Die Fahrkosten im Zusammenhang mit Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining können von der AOK somit nicht übernommen werden.

9.6 Übungen zum Lernabschnitt 9

Übung 12

Walter Stein kommt zu Ihnen in die Geschäftsstelle. Er ist als kaufmännischer Angestellter seit Jahren Mitglied Ihrer AOK und hat aufgrund einer damaligen Verordnung wegen eines auch heute noch bestehenden Wirbelsäulenleidens bereits in den letzten 18 Monaten 50 Übungseinheiten Rehabilitationssport in Anspruch genommen. Jetzt möchte er von Ihnen wissen, unter welchen Voraussetzungen er Rehabilitationssport erneut beanspruchen kann.

Frage

Was antworten Sie Walter Stern?

Übung 13

In einem Wohnheim wohnen mehrere geistig schwer behinderte Menschen, die über die AOK versichert sind. Diese nehmen seit Jahren am Rehabilitationssport teil. Sie nehmen zweimal die Woche am Rehabilitationssport teil und haben ihre 120 Übungseinheiten nach bereits zwei Jahren in Anspruch genommen. Die Heimleitung fragt jetzt bei Ihnen an, ob bei Vorlage eines vom Arzt ausgefüllten Vordrucks „Muster 56“ erneut Rehabilitationssport genehmigt werden kann oder ob erst der Zeitraum von drei Jahren abgewartet werden muss.

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage

Welche Auskunft geben Sie der Heimleitung?

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



10 Unterhaltssichernde Leistungen

Generelles zur Kundenberatung

Zu den ergänzenden Leistungen zählen – obwohl sie nicht ausdrücklich in § 43 SGB V aufgeführt werden – auch das Krankengeld und die hiervon zu entrichtenden Beiträge.

§ 44 Abs. 1 SGB V

Sofern während medizinischer Rehabilitationsleistungen Arbeitsunfähigkeit besteht oder die Erwerbstätigkeit wegen medizinischer Rehabilitationsleistungen unterbrochen wird, hat die AOK Krankengeld zu zahlen. Voraussetzung ist jedoch, dass der Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist und die Rehabilitationsleistung zulasten der AOK durchgeführt wird.

Sofern die medizinische Rehabilitationsleistung durch den Rentenversicherungsträger zu finanzieren ist, hat dieser Übergangsgeld zu zahlen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht dann für die gesamte Zeit des Übergangsgeldbezugs.

Das Krankengeld und die davon zu entrichtenden Beiträge werden im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Krankengeld bearbeiten“ behandelt.

§ 20 SGB VI,
§ 49 Abs. 1
Nr. 3 SGB V

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



11 Rentenversicherung und ihre ggf. vorrangigen Leistungen

§ 40 Abs. 4
SGB V

Für Rehabilitationsleistungen nach §§ 40, 42 SGB V ist die Krankenkasse nur leistungspflichtig, wenn nicht der Rentenversicherungsträger vorrangig zur Leistung verpflichtet ist. Es ist wichtig, dass Sie die Leistungen und die einzelnen, vom Rentenversicherungsträger geforderten Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen genau kennen, um gemäß § 14 SGB IX treffsicher Anträge an den Rentenversicherungsträger weiterleiten zu können.

- Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
- Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
- Deutsche Rentenversicherung Saarland
- Deutsche Rentenversicherung Schwaben
- Deutsche Rentenversicherung Westfalen

11.1 Rentenversicherung als Rehabilitationsträger

11.1.1 Allgemeines

Alle Rentenversicherungsträger führen seit 01. 10. 2005 die gemeinsame Bezeichnung „Deutsche Rentenversicherung“ (DRV). Sie gliedern sich nur noch in zwei Versicherungszweige:

- die allgemeine Rentenversicherung
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Betreuung der Versicherten innerhalb der allgemeinen Rentenversicherung erfolgt durch die DRV Bund und die Regionalträger. Zurzeit verfügt die Rentenversicherung über folgende Regionalträger:

- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
- Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
- Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
- Deutsche Rentenversicherung Hessen
- Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
- Deutsche Rentenversicherung Nord

Ist die Zuständigkeit eines Regionalträgers gegeben, richtet sich die örtliche Zuständigkeit des Versicherten nach folgender Reihenfolge:

§ 128 SGB VI

1. Wohnsitz
2. gewöhnlicher Aufenthalt
3. Beschäftigungsort
4. Tätigkeitsort

Bei Leistungsansprüchen ist für die örtliche Zuständigkeit der Zeitpunkt der Antragstellung maßgebend.

Beispiel

Für den Versicherten ist ein regionaler Träger der Deutschen Rentenversicherung maßgebend. Der Versicherte wohnt in Dortmund (im Bereich der DRV Westfalen), arbeitet aber in Essen (im Bereich der DRV Rheinland).

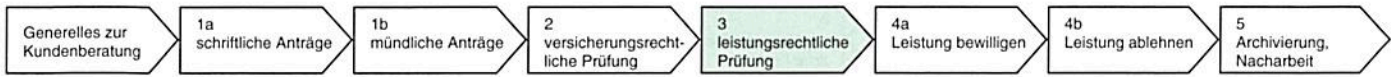
Folge

Über Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entscheidet die Deutsche Rentenversicherung Westfalen.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§§ 125, 126
SGB VI

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



11.1.2 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

§§ 129, 130 SGB VI

Ein weiterer Bundeträger ist die „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ mit Sitz in Bochum. Hier werden Beschäftigte betreut, die in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See tätig sind oder waren und dorthin mindestens einen Beitrag gezahlt haben. Wird eine Beschäftigung in diesen Branchen aufgenommen, wechselt die Zuständigkeit vom bisherigen Träger zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

11.1.3 Zuordnung der Versicherten (Quotierung)

§ 127 Abs. 2 SGB VI

Die Zuweisung des zuständigen Rehabilitationsträgers erfolgt willkürlich durch eine rentenversicherungsinterne Verteilungsstelle so, dass 55 % von ihnen den Regionalträgern, 40 % der DRV Bund und 5 % der DRV Knappschaft-Bahn-See zugeordnet werden. Damit die Krankenkassen erfragen können, bei welchem Rentenversicherungsträger der Versicherte geführt wird, verfügen alle AOKs über die Berechtigung, den zuständigen Rentenversicherungsträger über ein elektronisches Online-Auskunftsverfahren mittels Internet zu erfragen.

11.1.4 Beantragung der Rehabilitationsleistung bei der AOK

§ 16 Abs. 1 Satz 1 SGB I

Grundsätzlich sind Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Leistungsträger, d.h. beim zuständigen Rehabilitationsträger, zu stellen. Wenn also Leistungen der Rentenversicherung beantragt werden, ist der Antrag grundsätzlich beim Rentenversicherungsträger zu stellen.

In der Regel beantragt der Versicherte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei seiner AOK. Dies gilt auch, wenn ein Rentenversicherungsträger für die Leistungserbringung zuständig ist.

Die AOK berät den Kunden, nimmt den Antrag entgegen und leitet ihn unverzüglich an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Dieser Service ist für die „AOK – Die Gesundheitskasse.“ selbstverständlich. Der Gesetzgeber hat hierfür auch eine gesetzliche Grundlage geschaffen.

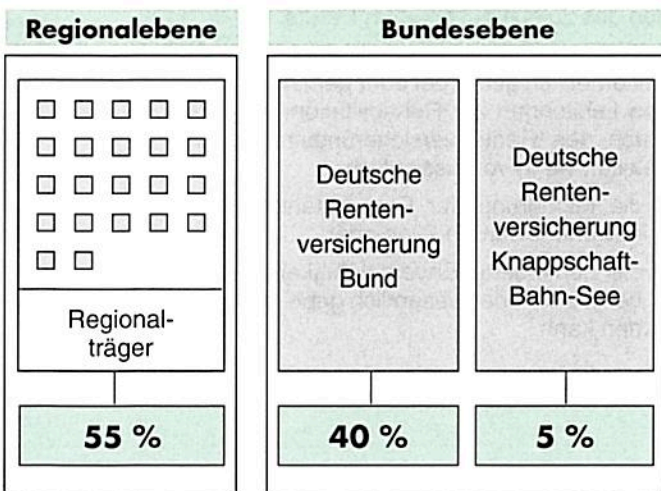
§ 16 Abs. 2 SGB I

Werden Leistungen der Rentenversicherung beantragt sind nachfolgende Vordrucke

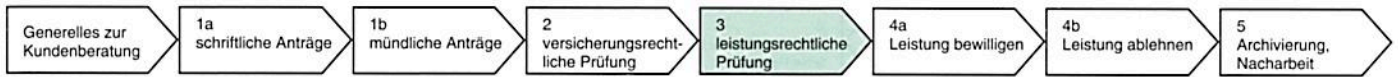
- G0100 (Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag),
- G0110 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation; es handelt sich hier um einen „Selbstauskunftsbogen“, den der Versicherte zu Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitsplatz sowie Arbeitsbedingungen auszufüllen hat) und
- G0120 (AUD-Beleg – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation; hierbei handelt es sich um einen Vordruck, auf dem die Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen sowie Krankenhaus- und Rehabilitationszeiten nachgefragt werden)

zu verwenden. Die Vordrucke stehen im Internet unter <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> zur Verfügung.

Die Rentenversicherungsträger



Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



11.2 Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zulasten des Rentenversicherungsträgers

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 8 Abs. 2 SGB IX,
§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI

Für die Leistungserbringung in der gesetzlichen Rentenversicherung gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. D.h., erst wenn alle Möglichkeiten der Rehabilitation ausgeschöpft sind oder wenn ein Erfolg solcher Leistungen von vornherein nicht zu erwarten ist, sollen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bewilligt werden.

Hintergrund für dieses Handeln ist zum einen der erklärte Wille des Gesetzgebers, alles zu tun, um eine drohende Erwerbsminderung des Versicherten mit ihren sozialen und wirtschaftlichen Folgen abzuwenden. Zum anderen sind erfolgreiche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation langfristig kostengünstiger als eine dauerhafte Rentenzahlung. Kann der Versicherte durch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation seine Erwerbsfähigkeit zurückerlangen bzw. erhalten, bleibt er weiterhin Beitragszahler und wird nicht zum Rentenempfänger.

Die Rentenversicherung erbringt daher

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie
- ergänzende Leistungen.

Die Leistungen des Rentenversicherungsträgers zielen darauf ab,

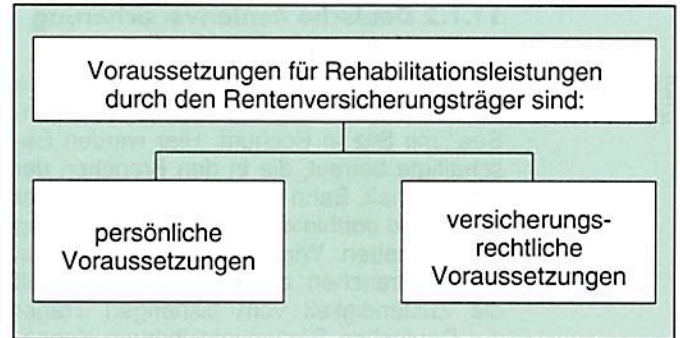
- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden

und

- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit des Versicherten oder sein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder ihn möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

§ 9 Abs. 2 SGB VI

Der Rentenversicherungsträger kann diese Leistungen erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.



11.2.1 Persönliche Voraussetzungen

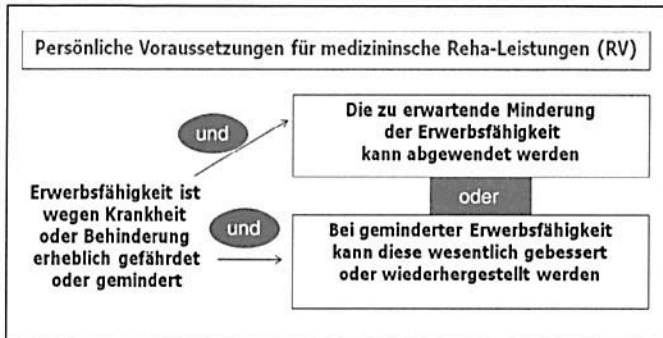
Bei den persönlichen Voraussetzungen, die ein Versicherter erfüllen muss, um vom Rentenversicherungsträger Teilhabe-/Rehabilitationsleistungen erhalten zu können, dreht sich alles um die Erwerbsfähigkeit. Denn die persönlichen Voraussetzungen sind nur dann erfüllt, wenn die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist.

Unter Erwerbsfähigkeit ist dabei die Fähigkeit eines Versicherten zu verstehen, sich zur Bestreitung seines Lebensunterhalts einen Erwerb zu verschaffen, der seinen Kenntnissen und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten entspricht. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die berufstypischen Verrichtungen des zuletzt ausgeübten Berufs.

Ist bei einem Versicherten die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert, werden Leistungen zur Rehabilitation nur dann durch den Rentenversicherungsträger eingeleitet, wenn voraussichtlich

- die Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann oder
- die geminderte Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt oder wesentlich gebessert werden kann.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



§ 116 Abs. 2
SGB VI,
§ 51 SGB V

Anmerkung

Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gilt als Antrag auf Rente, wenn der Versicherte vermindert erwerbsfähig ist und eine erfolgreiche Rehabilitation nicht zu erwarten ist oder nach durchgeführter Rehabilitation nicht der erwünschte Erfolg eingetreten ist. Dies sollten Sie auf jeden Fall beachten, wenn Sie den Kunden bei der Antragstellung beraten bzw. zum Antrag aufordern.

Das Fördern dieser persönlichen Voraussetzungen hat im Übrigen zur Folge, dass den Rentenversicherungsträgern weitgehend die Möglichkeit genommen wurde, vorbeugende/präventive Leistungen zu erbringen. Damit treten die medizinischen Vorsorgeleistungen der AOK (vgl. § 23 ff. SGB V) in keine Konkurrenz zu den Leistungen der Rentenversicherung. Berührungspunkte ergeben sich vielmehr nur bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – also wenn die Behinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit eingetreten ist oder absehbar droht.

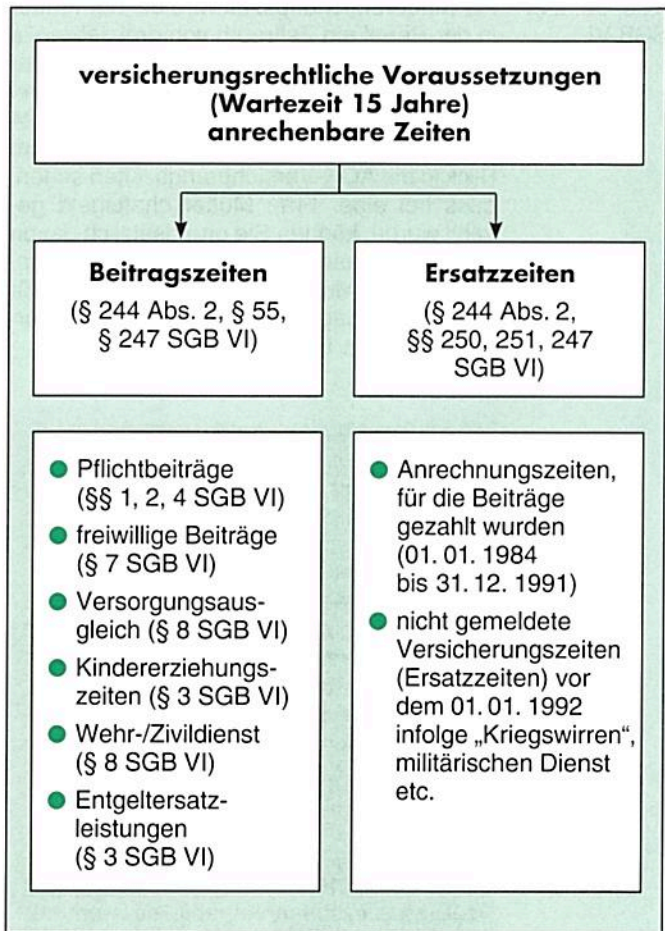
11.2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Wer in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist, hat allein aufgrund dieser Tatsache noch keinen Leistungsanspruch. Ein solcher kann nur dann realisiert werden, wenn eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllt wird.

1. Alternative

Einen Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation haben Versicherte, die zum Zeitpunkt der Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren (180 Monate) erfüllt haben.

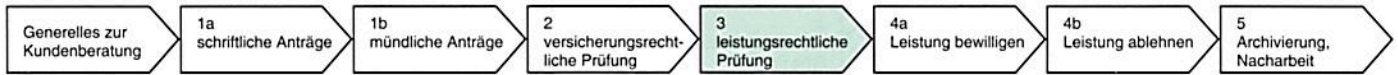
§ 11 Abs. 1
Nr. 1 SGB VI



Teilmonate gelten als volle Monate. Der Monat in dem der Rehabilitations-/Teilhabeantrag gestellt wurde, wird somit noch als Beitragsmonat mitgezählt, wenn bis zu dem Tag vor der Antragsstellung Beiträge bezahlt wurden.

§ 122 SGB VI

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Als Entgeltersatzzeiten gelten z. B. Zeiten des Krankengeld-, Übergangsgeld-, Verletzengeld- und Arbeitslosengeldbezugs (Alg II-Bezug nur vom 01. 01. 2005 bis 31. 12. 2010), nicht aber die Zeit der Entgeltfortzahlung i. S. d. EFZG (da Arbeitsentgelt).

§§ 3, 56, 249
SGB VI

Als Kindererziehungszeit wird bei der Mutter in der Regel ein Zeitraum von drei Jahren je Entbindung berücksichtigt. Bei Entbindungen bis 31. 12. 1991 werden statt der drei Jahre (36 Monate) lediglich zwei Jahre (24 Monate) angerechnet. Wenn Sie also beim Blick in die AOK-Versicherungszeiten sehen, dass bei einer Frau Mutterschaftsgeld gezahlt wurde, können Sie grundsätzlich davon ausgehen, dass beim Rentenversicherungsträger für 36 Monate Pflichtbeitragszeiten für jedes Kind gutgeschrieben sind (für Geburten bis 31. 12. 1991 nur 24 Monate).

Beispiel

Heidi Löbe ist 40 Jahre alt. Seit 20 Jahren führt sie den Haushalt ihrer Familie und ist nicht mehr berufstätig. Ihre beiden Kinder sind im Jahr 1994 und 1995 geboren. Bis zur Aufgabe ihrer Berufstätigkeit (kurz vor der Geburt ihres ersten Kindes) hat Heidi Löbe sechs Jahre und zwei Monate (74 Monate) Beiträge aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zur Rentenversicherung gezahlt. Außerdem war sie von 2005 bis 2008 noch 39 Monate halbtags selbstständig tätig. In dieser Zeit hat sie freiwillig Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt. Am 11. 04. 2017 stellt sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der AOK, weil ihre Erwerbsfähigkeit durch einen Herzinfarkt beeinträchtigt ist.

Frage

Ist der Rentenversicherungsträger vorrangig leistungspflichtig mit der Folge, dass die AOK den Antrag innerhalb der Fristen des § 14 SGB IX an den Rentenversicherungsträger weiterleiten muss?

Folge

Heidi Löbe zahlt zwar zurzeit keine Beiträge zur Rentenversicherung, es wurden aber bis 10. 04. 2017 insgesamt für

- 74 Monate
(versicherungspflichtige Beschäftigung)
- 36 Monate
(Kindererziehungszeit erstes Kind)
- 36 Monate
(Kindererziehungszeit zweites Kind)
- 39 Monate
(Zahlung von freiwilligen Beiträgen zur Rentenversicherung)
- 185 Monate

Beiträge entrichtet. Heidi Löbe hat bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren (mindestens 180 Monate) und damit die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen der Rentenversicherung erfüllt. Da ihre Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, ist davon auszugehen, dass der Rentenversicherungsträger vorrangig die Rehabilitationsleistungen zu erbringen hat. Der Antrag ist innerhalb der Frist des § 14 SGB IX an den Rentenversicherungsträger weiterzuleiten.

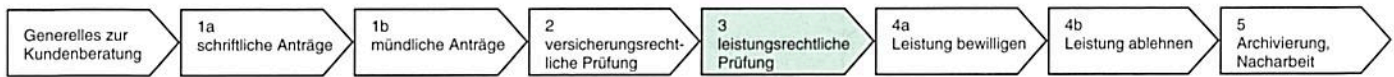
Hinweis

Wenn Sie Ihrem Kunden beim Ausfüllen des Rehabilitationsantrags helfen, fragen Sie auch nach früheren Beschäftigungszeiten, Kindererziehungszeiten usw. Je weniger Fragen für den Rentenversicherungsträger offen bleiben, desto eher können die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beginnen.

Merke

Vorversicherungszeiten müssen zum Zeitpunkt der Antragstellung erfüllt sein.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



§ 11 Abs. 1
Nr. 2 SGB VI

2. Alternative

Darüber hinaus sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch von Personen erfüllt, wenn sie aus der Rentenversicherung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

Beispiel

Walter Baum erlitt vor drei Jahren bei einem Verkehrsunfall schwere Verletzungen. Wegen einer deshalb eingetretenen Erwerbsminderung bezieht er seitdem vom Rentenversicherungsträger eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Zeit.

Da sich der Gesundheitszustand von Walter Baum im Laufe der Zeit gebessert hat, besteht jetzt Aussicht, dass durch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann.

Walter Baum war vor dem Verkehrsunfall sechs Jahre lang rentenversichert.

Frage

Hat Walter Baum die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zulasten des Rentenversicherungsträgers erfüllt?

Lösung

Walter Baum erfüllt zwar nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI (Wartezeit von 15 Jahren), jedoch die des § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI. Insofern sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger erfüllt.

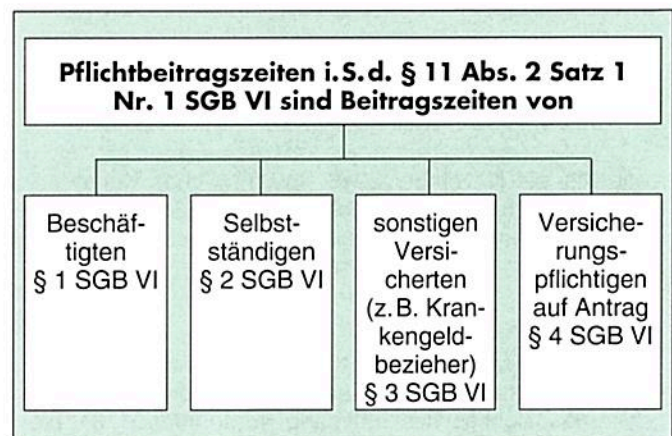
Sie kennen jetzt bereits zwei Alternativen, wann der Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Leistungen der Rentenversicherung erfüllt. Diese beiden Vorversicherungszeiten sind die einzigen, die zugleich bei medizinischen Rehabilitationsleistungen und bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Bedeutung sind. Da die Leistungen für eine medizinische Rehabilitationsleistung in der Regel wesentlich preiswerter sind als

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, hat der Gesetzgeber (nur) für die medizinischen Rehabilitationsleistungen noch drei weitere Alternativen für die Erfüllung der Vorversicherungszeit geschaffen. Diese lernen Sie jetzt kennen:

3. Alternative

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind außerdem erfüllt, wenn der Versicherte in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten belegt hat.

§ 11 Abs. 2
Satz 1 Nr. 1
SGB VI



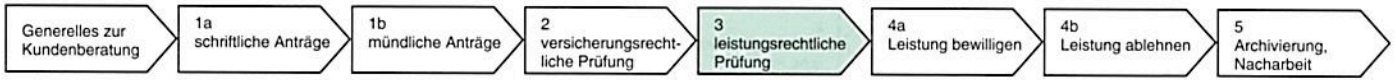
Für die Prüfung, ob die Vorversicherungszeit erfüllt ist, muss zunächst ein Zwei-Jahres-Zeitraum (Rahmenfrist) gebildet werden. Dieser Zwei-Jahres-Zeitraum endet am Tag vor der Antragstellung.

Angerechnet werden hier also nur Zeiten von Versicherungspflichtbeiträgen. Ansonsten gilt auch hier der Grundsatz,

- dass die Monate nicht zusammenhängend verlaufen müssen,
- dass ein Kalendermonat, für den mindestens an einem Tag Pflichtbeiträge gezahlt wurden, als voller Kalendermonat anzurechnen ist,
- der Monat der Antragstellung als Beitragsmonat mitgezählt wird, wenn vor der Antragstellung mindestens für einen Tag (Pflicht-)Beiträge gezahlt wurden.

§ 122
Abs. 1, 2
Satz 2
SGB VI

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

**1. Beispiel**

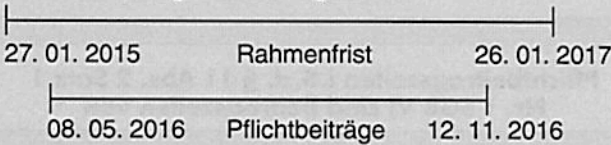
Petra Sendscheid stellt am 27. 01. 2017 einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Eine versicherungspflichtige Beschäftigung wurde vom 08. 05. bis 12. 11. 2016 ausgeübt. Weitere Zeiten liegen nicht vor.

Frage

Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfüllt?

Lösung

Im Fall von Petra Sendscheid ergeben sich innerhalb der Rahmenfrist folgende Beitragszeiten:



Von Mai bis November 2016 sind für sieben Kalendermonate Pflichtbeiträge entrichtet worden. (Es muss nicht der ganze Kalendermonat mit Beiträgen belegt sein). Die Vorversicherungszeit ist damit erfüllt.

2. Beispiel

Wolf-Dieter Sasse stellt am 14. 08. 2017 einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Eine versicherungspflichtige Beschäftigung wurde vom 01. 01. bis 24. 04. 2017 ausgeübt. Vom 25. 04. bis 30. 07. 2017 bezieht Wolf-Dieter Sasse Krankengeld. Weitere Zeiten liegen nicht vor.

Frage

Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt?

Lösung

Der maßgebende Zwei-Jahres-Zeitraum verläuft vom 14. 08. 2015 bis 13. 08. 2017.

Pflichtbeitragszeiten wurden vom 01. 01. bis 24. 04. 2017 (vier Kalendermonate) aufgrund der versicherungspflichtigen Beschäftigung entrichtet (§ 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI). Vom 25. 04. bis 30. 07. 2017 wurden Pflichtbeiträge nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI aufgrund des Bezugs von Krankengeld gezahlt (drei Kalendermonate, gerechnet ab Monat Mai). Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (mindestens sechs Pflichtbeitragsmonate) sind damit erfüllt.

4. Alternative

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben ferner auch solche Versicherte die Voraussetzungen erfüllt, die innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Schul- oder Berufsausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und

- bis zum Antrag ausgeübt haben oder
- nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind.

§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI

Beispiel

Juri Jaros hat die Schulausbildung am 31. 07. 2015 beendet und geht für 18 Monate ins Ausland. Am 05. 05. 2017 nimmt er erstmalig eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf. Am 15. 08. 2017 stellt er einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Frage

Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt?

Lösung

Der Zwei-Jahres-Zeitraum nach Beendigung der Schulausbildung verläuft vom 01. 08. 2015 bis 31. 07. 2017. Juri Jaros hat die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, weil er die versicherungspflichtige Beschäftigung innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung der Schulausbildung aufgenommen hat und im Zeitpunkt der Antragstellung immer noch ausübt.

5. Alternative

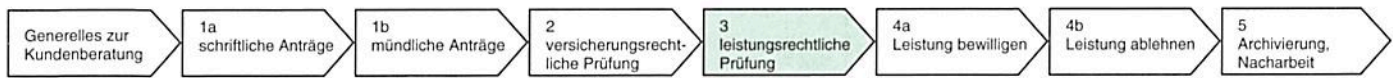
Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn der Versicherte die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren (60 Beitragsmonate) nachweisen kann. Voraussetzung jedoch ist nebenher, dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit

- bereits eingetreten ist oder
- in absehbarer Zeit konkret eintreten wird.

Auf die fünfjährige Wartezeit sind die selben Beitragszeiten wie bei der Wartezeit von 15 Jahren anzurechnen.

§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, § 50 Abs. 1 SGB VI

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

**Beispiel**

Helene Grün war vom 04. 03. 2010 bis 12. 02. 2014 versicherungspflichtig beschäftigt. Wegen der Geburt ihres Sohns nahm sie von März 2014 bis Februar 2017 ihre Elternzeit. Nach Ende der dreijährigen Elternzeit nahm Helene Grün am 06. 03. 2017 die versicherungspflichtige Beschäftigung bei ihrem früheren Arbeitgeber wieder auf.

Am Morgen des 18. 06. 2017 erlitt sie wegen der Doppelbelastung Mutter/Beruf einen schweren Kreislaufkollaps mit Nervenzusammenbruch. Seitdem ist sie arbeitsunfähig erkrankt. Der Arbeitgeber zahlte ihr Gehalt bis 29. 07. 2017 fort.

Ab 30. 07. 2017 erhält Helene Grün Krankengeld. Die behandelnden Ärzte empfehlen nun dringend eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einem Sanatorium, um die eingetretene Erwerbsminderung wieder zu beseitigen.

Frage

Hat Helene Grün die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfüllt?

Lösung

Zusammen mit der Zeit der versicherungspflichtigen Beschäftigung und der dreijährigen Kindererziehungszeit kann Helene Grün eine Wartezeit von mindestens 60 Beitragsmonaten nachweisen – und zwar wegen folgender Zeiten:

März 2010 bis Februar 2014
= 48 Beitragsmonate (wegen Arbeitsentgelt)

März 2014 bis Februar 2017
= 36 Beitragsmonate (Kindererziehungszeit)

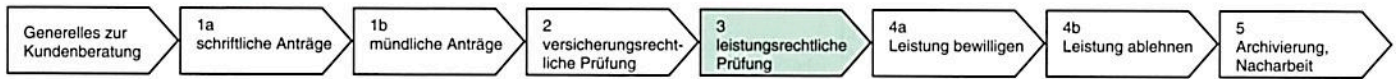
März 2017 bis Juni 2017
= 4 Beitragsmonate (wegen Arbeitsentgelt, Teilmonat Juni zählt mit)

88 Beitragsmonate

Da die Erwerbsminderung bereits eingetreten war, sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 i.V.m. § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB VI erfüllt.

Jetzt kennen Sie schon die fünf Alternativen, bei denen die Vorversicherungszeit (Wartezeit) in der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfüllt ist. Auf der folgenden Seite sehen Sie noch mal eine Zusammenfassung.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Übersicht über die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch den Rentenversicherungsträger

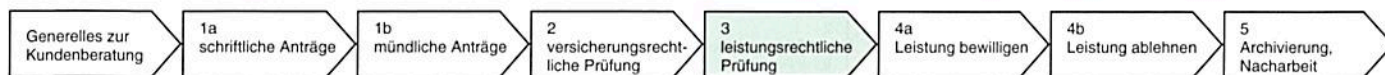
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten:

- Versicherte, die bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI)
- Versicherte, die bei Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten ferner:

- Versicherte, die in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten belegt haben (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI)
- Versicherte, die innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und
 - a) diese bis zum Antrag ausgeübt haben oder
 - b) nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI)
- Versicherte, die vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit (fünf Jahre) erfüllt haben (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI)

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



11.3 Ausschluss von Leistungen

3
leistungsrechtliche Prüfung

Sie haben bereits die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung kennengelernt. Nun gibt es jedoch Personen, die grundsätzlich alle Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch erfüllt haben, aber dennoch vom Rentenversicherungsträger keine Leistungen zur Rehabilitation erhalten können. Diese Personen sind in der Regel anderweitig geschützt oder aus dem aktiven Erwerbsleben ausgeschieden.

§ 12 Abs. 1
SGB VI

Konkret sind Rehabilitations-/Teilhabeleistungen zulasten der Rentenversicherung für Versicherte ausgeschlossen, die u. a.

- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben (das ist bei ca. 98 % aller Altersrentnern der Fall),
- eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist.

11.4 Art und Inhalt der medizinischen Rehabilitationsleistungen des Rentenversicherungsträgers

3
leistungsrechtliche Prüfung§ 40 SGB V,
§ 15 Abs. 2
SGB VI

Das medizinische Leistungsspektrum der Rentenversicherungsträger umfasst dem Grunde nach die gleichen medizinischen Rehabilitationsleistungen wie die der AOK. Deshalb erfolgen die Leistungen in der Regel in den gleichen Rehabilitationskliniken und -einrichtungen wie bei der AOK. Der Versicherte spürt hinsichtlich Art, Qualität und Umfang der Therapie nicht, ob er zulasten der AOK oder der Rentenversicherung medizinische Rehabilitationsleistungen erhält.

Beispiel

Herbert Surre erleidet einen Herzinfarkt. Er ist seit über 20 Jahren sozialversicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied der AOK. Die Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zulasten des Rentenversicherungsträgers sind erfüllt.

Frage

Wie gestaltet sich die Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung und für die notwendige medizinische Rehabilitationsleistung?

Lösung

Herzinfarkt

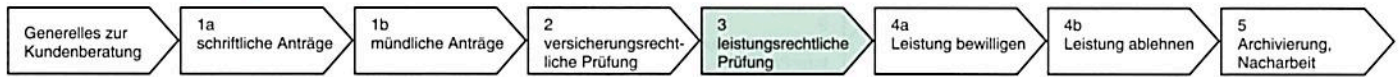
Krankenhausbehandlung § 39 SGB V	Anschlussheilbehandlung § 15 SGB VI
Behandlung im Akut-Krankenhaus	Therapie in spezieller Reha-Klinik/-Einrichtung
Kostenträger: AOK	Kostenträger: Rentenversicherungsträger

Wer eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten hat, kann nicht vor Ablauf von vier Jahren nach deren Beendigung eine erneute Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Diese Regelung ist mit derjenigen der Krankenversicherung identisch. Dabei werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse, des Unfallversicherungsträgers, der Kriegsopferversorgung und des Rentenversicherungsträgers berücksichtigt. Dies gilt auch dann, wenn die Kosten nicht voll übernommen, sondern nur in einer bestimmten Höhe bezuschusst worden sind.

§ 12 Abs. 2
SGB VI

Eine Ausnahme hiervon besteht – wie in der Krankenversicherung – nur dann, wenn eine vorzeitige Leistung zur medizinischen Rehabilitation aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



§ 15 Abs. 3 SGB VI

Die Dauer einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll – wie in der Krankenversicherung – grundsätzlich nicht mehr als drei Wochen betragen. Ist jedoch aus gesundheitlichen Gründen eine längere Rehabilitationsdauer notwendig, können die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch für einen längeren Zeitraum erbracht werden. Auch diese Regelung ist identisch mit der im Krankenversicherungsrecht.

Bei so viel Übereinstimmung gibt es allerdings bei dem Vergleich zwischen den Leistungen der AOK und denen der Rentenversicherung doch noch einige Besonderheiten/Unterschiede. Sie werden nachfolgend aufgeführt.

11.4.1 Anschlussrehabilitation der Rentenversicherung

Insbesondere bei schweren Schädigungen ist ein nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung in die Rehabilitationsbehandlung sinnvoll. Um in diesen Fällen einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen, haben die Rentenversicherungsträger wie die Krankenkassen Verfahrensregelungen über eine Anschlussrehabilitation getroffen.

Diese beinhalten eine unmittelbare Verlegung in eine Rehabilitationsklinik/-einrichtung oder eine Aufnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausentlassung (vgl. Punkt 5.1 dieses Lernbriefs). Während diese Form der Rehabilitation bei der AOK Anschlussrehabilitation (AR) heißt, wird sie bei den Rentenversicherungsträgern – wie vor Inkrafttreten des SGB IX – in der Praxis noch oft Anschlussheilbehandlung (AHB) genannt, obwohl auch die Rentenversicherungsträger den Begriff „Anschlussrehabilitation“ zu verwenden haben.

Der erste Unterschied zur AR der AOK besteht darin, dass die AHB der Rentenversicherung auf bestimmte Indikationsgruppen, die durch einen rentenversicherungseigenen Indikationsgruppenkatalog festgelegt werden, beschränkt wird. Insbesondere psychisch kranke Menschen, einschließlich Menschen mit Suchterkrankungen können in der Rentenversicherung nicht von dem Verfahren der Anschlussrehabilitation (u.a. Freihalten von Betten durch die Rehabilitationsklinik zum Zwecke einer schnellen Verlegung/Aufnahme) profitieren.

In der Rentenversicherung gibt es bei der AHB außerdem zwei unterschiedliche Antragsverfahren.

Bei Versicherten, die bei einem regionalen Rentenversicherungsträger und bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See betreut werden, leitet das Krankenhaus den Antrag auf Rehabilitationsleistungen zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht an den Träger. Dieser prüft die Anspruchsvoraussetzungen, wählt eine geeignete Rehabilitationsklinik/-einrichtung aus und vereinbart einen Aufnahmetermin. Hierüber wird das Krankenhaus und der Versicherte unverzüglich informiert.

Dieses Verfahren wird sinngemäß auch bei der AOK praktiziert.

Bei Versicherten der DRV Bund sucht das Krankenhaus unmittelbar die Rehabilitationsklinik/-einrichtung aus und vereinbart mit ihr den Aufnahmetermin. Erst dann wird der DRV Bund der Aufnahmetermin mitgeteilt. Die DRV Bund erfährt somit in der Praxis oft erst von der eingeleiteten AHB, wenn der Versicherte bereits in der Rehabilitationsklinik aufgenommen wurde.

Stellt sich dann heraus, dass das Krankenhaus bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen nicht präzise genug gearbeitet hat, weil es z.B. einen Ausschlussgrund i.S.d. § 12 SGB VI übersehen hat, stellt die DRV Bund bei der AOK einen Erstattungsanspruch. Dieser ist abzulehnen, wenn

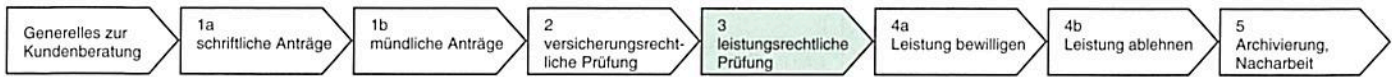
- die Weiterleitungsfrist des § 14 SGB IX versäumt wurde und
- die AOK das Verfahren der DRV Bund nicht mitträgt (die AOK legt Wert darauf, entsprechend § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V die Art der Rehabilitationsleistung und die Rehabilitationsklinik/-einrichtung selbst aussuchen zu können).

11.4.2 Sonstige Leistungen zur Rehabilitation

Als sonstige Leistungen zur Rehabilitation können auch Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen (Krebs- bzw. Ca-Erkrankungen) erbracht werden. Hierbei handelt es sich um stationäre Rehabilitationsleistungen zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustands (vgl. Punkt 5.7 dieses Lernbriefs).

§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Anspruchsberechtigt in der Rentenversicherung ist

a) der Versicherte im Sinne des § 11 SGB VI, der z. B.

- bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht oder
- bei der Antragstellung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat, sofern die Erwerbsfähigkeit gemindert ist, oder
- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten nachweisen kann, oder
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung (auch Schulausbildung) eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und
 - bis zur Antragstellung ausgeübt hat oder
 - nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zur Antragstellung arbeitsunfähig oder arbeitslos ist.

b) der Rentenbezieher (Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, auch der Altersrentenbezieher),

c) der nicht versicherte Ehegatte des unter a) und b) erwähnten Versicherten bzw. Rentenbeziehers und

d) das nicht versicherte Kind des unter a) und b) erwähnten Versicherten bzw. Rentenbeziehers. Der Begriff Kind ist im Wesentlichen vergleichbar mit dem Begriff Kind i.S.d. § 10 SGB V.

Hinweis

Der Rentenversicherungsträger hat bei CA-Erkrankungen auch für den nicht rentenversicherten Ehegatten und die nicht rentenversicherten Kinder zu leisten. Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen gegenüber Kranken- und Rentenversicherung bestehen gleichberechtigt nebeneinander. Der erstangegangene Rehabilitationsträger ist leistungspflichtig.

Die Leistungen des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI umfassen wie die nach § 40 Abs. 2 SGB V gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die geeignet sind, zur Stabilisierung oder Besserung des Gesundheitszustands beizutragen und insbesondere Funktionsstörungen zu beseitigen und auszugleichen. Sie können auch im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung erbracht werden.

11.4.3 Kinderrehabilitation

Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist es zur Vermeidung von Spätfolgen einer Krankheit/Gesundheitsschwäche wichtig, frühzeitig geeignete Maßnahmen einzuleiten. Hierdurch können insbesondere verhaltensungünstige Lebensweisen rechtzeitig verändert und somit die gesundheitliche Entwicklung des Kindes/Jugendlichen und dessen spätere Erwerbsfähigkeit maßgeblich beeinflusst werden (vgl. Punkt 5.4 dieses Lernbriefs).

Der Rentenversicherungsträger kennt die gleiche Leistung unter dem Begriff „Kinderrehabilitation“.

Anspruchsberechtigt sind Kinder

- von rentenversicherten Müttern bzw. Vätern sowie
- von Alters- und Erwerbminderungsrentnern,

die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.

Als Kinder zählen z. B. leibliche Kinder, Stiefkinder, Enkelkinder und Pflegekinder. Voraussetzung für die Leistungen zur Kinderrehabilitation ist, dass die Kinder selbst keinen eigenen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen gegenüber dem Rentenversicherungsträger haben.

Der Anspruch endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres. Darüber hinaus erhöht sich die Altersgrenze des Kindes bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, sofern sich das Kind in Schulausbildung oder im Studium befindet (einschließlich Übergangszeiten bis zu 4 Monaten zwischen den Ausbildungsabschnitten). Wehrdienst, Zivildienst sowie ein freiwilliges soziales Jahr etc. können die Altersgrenze noch erhöhen.

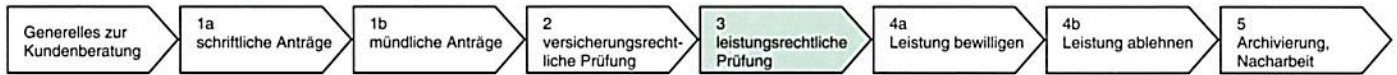
§ 15a SGB VI

§ 11 SGB VI

§ 15a Abs. 3 i.V.m.

§ 48 Abs. 4 Satz 1 SGB VI

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



§ 32 Abs. 1
Satz 1
SGB VI

11.4.4 Zuzahlung

Zu den stationären medizinischen Leistungen der Rentenversicherung ist eine Zuzahlung der Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, vorgesehen (dies gilt nicht bei der Kinderrehabilitation). Sie beträgt für jeden Kalendertag 10 €.

Die Zuzahlung ist für jeden Tag der Rehabilitation zu zahlen. Dauert die Rehabilitation über 42 Tage hinaus, entfällt allerdings aufgrund interner Absprachen zwischen den Rentenversicherungsträgern ab dem 43. Tag die Zuzahlung.

§ 32 Abs. 1
Satz 2, 3
SGB VI

Schließt sich die stationäre medizinische Rehabilitationsleistung unmittelbar oder innerhalb von 14 Tagen an eine Krankenhausbehandlung an, ist vom Versicherten eine Zuzahlung allerdings nicht wie in der Krankenversicherung für 28 Tage (vgl. § 40 Abs. 6 SGB V), sondern nur für längstens 14 Tage zu erbringen. Zuzahlungen, die an die AOK wegen einer Krankenhausbehandlung innerhalb eines Jahres gezahlt worden sind, werden dabei angerechnet.

Eine Zuzahlungspflicht besteht in der Rentenversicherung generell nicht

§ 32 SGB VI

- für Versicherte bzw. Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- für Zeiträume, für die Übergangsgeld bezogen wird und
- ab dem 43. Tag, bei Anschlussheilbehandlung ab dem 15. Tag, der Rehabilitationsleistung.

Im Gegensatz zum Recht der Krankenversicherung kann sich der Versicherte ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien lassen, wenn sie ihn finanziell unzumutbar belasten würde. Dies ist nach den von der Selbstverwaltung der Rentenversicherung beschlossenen Richtlinien immer dann der Fall, wenn die monatlichen Nettoeinkünfte im Jahr 2017 geringer als 1.191 € sind. Darüber hinaus ist eine teilweise Befreiung von der Zuzahlung bei monatlichen Nettoeinkünften bis zu knapp 1.200 € möglich. Einnahmen von Familienangehörigen werden nicht berücksichtigt.

§ 32 Abs. 4
SGB VI

1. Beispiel

Krankenhausbehandlung vom 01. bis 31. 01.

Anschlussrehabilitation des Rentenversicherungsträgers vom 05. 02. bis 10. 03.

Folge

Die vom 01. bis 28. 01. geleistete Zuzahlung in Höhe von 10 € täglich wird angerechnet. Für die Anschlussrehabilitation ist keine Zuzahlung zu leisten.

2. Beispiel

Stationäre medizinische Rehabilitationsleistung vom 25. 02. bis 18. 03., keine vorherige Krankenhausbehandlung.

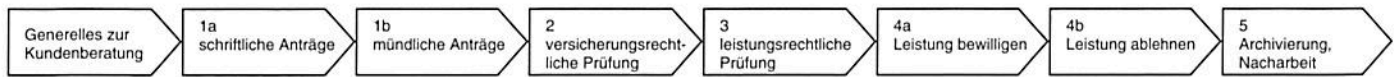
Folge

Da die Dauer der Rehabilitationsleistungen 42 Tage nicht überschreitet, ist eine Zuzahlung für jeden Tag der Leistung in Höhe von 10 € zu leisten.

Merke

Der AOK-Kundenberater kann bereits bei der Antragstellung für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger auf die Befreiungsmöglichkeiten bzw. die Möglichkeit der Verminderung der Zuzahlung aufmerksam machen und ggf. mit dem Kunden gemeinsam den erforderlichen Antrag ausfüllen.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



11.5 Übungen zum Lernabschnitt 11

Übung 14

Sachverhalt

Manfred Baum ist versicherungspflichtig in Hamburg beschäftigt. Die Rentenversicherungsbeiträge werden deshalb zur Deutschen Rentenversicherung Nord entrichtet. Manfred Baum wohnt in Niedersachsen (Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Hannover-Braunschweig) und benötigt eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zulasten des regionalen Rentenversicherungsträgers.

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage

Welcher Rentenversicherungsträger hat die Kosten der Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu tragen?

Übung 15

Sie nehmen am 15.3. in Ihrer Geschäftsstelle den Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistungen zulasten der DRV Bund auf dem Vordruck G0100 auf.

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage

Ist Ihre AOK erstangegangener Rehabilitationsträger i. S. des § 14 SGB IX?

Übung 16

Sachverhalt

Hubert Neufurth stellt am 17. 05. 2017 einen Antrag auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei einem Rentenversicherungsträger. Versicherungspflichtig beschäftigt war er vom 05. 11. 2016 bis 23. 01. 2017. Seit 24. 01. 2017 bezieht er Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit. Die Krankengeldzahlung erfolgt bis auf Weiteres.

Hinweise

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Dreischritt-Methode. Erforderliche Fristenberechnungen sind nicht zu begründen.

Frage

Hat Hubert Neufurth die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zulasten des Rentenversicherungsträgers erfüllt?

Übung 17

Sachverhalt

Die Schulausbildung von Sandra Müller endete am 31. 07. 2015. Seit 01. 03. 2017 übt sie erstmals eine versicherungspflichtige Beschäftigung aus. Ab 29. 05. 2017 ist sie bis auf Weiteres arbeitsunfähig. Am 18. 08. 2017 stellt sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

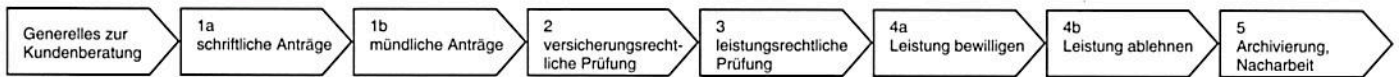
Hinweise

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen mit Angabe der Rechtsvorschriften. Erforderliche Fristenberechnungen sind nicht zu begründen.

Frage

Hat Sandra Müller die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger erfüllt?

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Übung 18

Hinweis

Kreuzen Sie die richtige Lösung in der folgenden Tabelle an.

Am 23. 06. 2016 werden jeweils Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparats beantragt.	versicherungsrechtliche Voraussetzung ist erfüllt	versicherungsrechtliche Voraussetzung ist <u>nicht</u> erfüllt
1. Fall Der Antragsteller entrichtet seit acht Monaten Pflichtbeiträge. Weitere Zeiten liegen nicht vor.		
2. Fall Der Antragsteller entrichtet seit acht Monaten freiwillige Beiträge.		
3. Fall Der Antragsteller hat die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt. Der letzte Beitrag wurde vor acht Jahren entrichtet. Seit dieser Zeit wurden keine weiteren Beiträge entrichtet.		
4. Fall Der Antragsteller hat die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt, ist jedoch seit sechs Jahren als Beamter beschäftigt.		
5. Fall Die Antragstellerin ist Hausfrau und Mutter von zwei Kindern (geboren am 29. 12. 2009 und 05. 01. 2012). Sie ist über ihren Ehemann familienversichert, da sie zurzeit nicht erwerbstätig ist. Vom 01. 08. 2006 bis 31. 07. 2009 war sie rentenversicherungspflichtig beschäftigt. Aufgrund eines Unfalls im Jahr 2016 ist sie vermindert erwerbsfähig.		

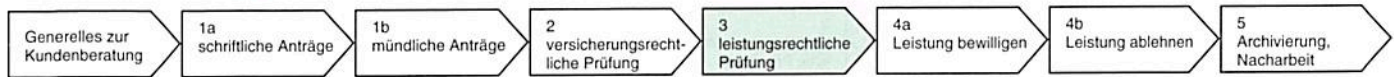
Frage

Werden in den folgenden Fällen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers erfüllt?

Übung 19

Nennen Sie vier Voraussetzungen für die Durchführung einer Anschlussrehabilitationsleistung durch den Rentenversicherungsträger.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



12 Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen AOK und Rentenversicherungsträger

3 leistungsrechtliche Prüfung

Wie Sie bereits in diesem Lernbrief erfahren haben, sind Art, Umfang und Weise der medizinischen Rehabilitationsleistungen der AOK mit den rentenversicherungsrechtlichen

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI) und den
- sonstigen Leistungen zur Rehabilitation (§ 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI)

bis auf wenige Unterschiede (z.B. Zuzahlungsdauer und -befreiung, Besonderheiten bei der Anschlussheilbehandlung) vergleichbar.

§ 40 Abs. 4 SGB V

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen hat die AOK nur dann zu erbringen, wenn nach den für andere Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können. Die AOK muss also keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, wenn die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der Rentenversicherung erfüllt sind (vgl. §§ 9 bis 11 SGB VI) und die Leistungen der Rentenversicherung aufgrund der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis nicht ausgeschlossen sind.

Beispiel

Manfred Klöcker ist seit Jahren versicherungspflichtig beschäftigt. Er ist Mitglied der AOK. Pflichtbeiträge werden seit über 20 Jahren auch zur Rentenversicherung gezahlt. Nach ärztlichem Gutachten ist die Erwerbsfähigkeit wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparats erheblich gefährdet und kann nur durch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation wesentlich gebessert werden.

Frage

Welche Ansprüche auf stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen bestehen?

Lösung

Nach § 15 SGB VI besteht ein Anspruch auf ambulante oder stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegenüber der Rentenversicherung.

Nach § 40 SGB V besteht auch ein grundsätzlicher Leistungsanspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen gegenüber der Krankenkasse.

Die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist allerdings durch die Rentenversicherung zu erbringen, da die Leistungen der AOK nach § 40 Abs. 4 SGB V nachrangig sind.

Eine Besonderheit besteht lediglich, wenn die AOK zweitangegangener Rehabilitationsträger ist. In diesem Fall hat die AOK zu leisten, kann sich allerdings die Kosten vom letztendlich zuständigen Rehabilitationsträger erstatten lassen. In diesem Zusammenhang wird auf die Ausführungen zu § 14 SGB IX (vgl. Punkt 6 dieses Lernbriefs) verwiesen.

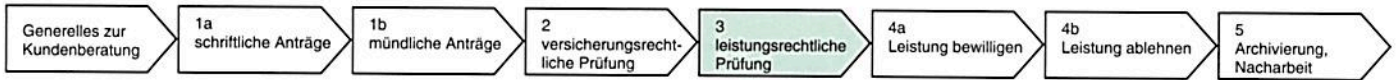
Aufgrund der örtlichen Nähe zu Ihren Kunden und deren Behandlern erfahren Sie als Mitarbeiter der AOK in der Regel vor dem Rentenversicherungsträger, in welcher konkreten Situation Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Selbst wenn sich bei der Leistungsabgrenzung die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers ergibt, ist es dennoch Aufgabe und Serviceverständnis der AOK,

- unseren Kunden über Art, Inhalt, Dauer und wirtschaftliche Absicherung während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu informieren sowie
- ihnen behilflich zu sein, die entsprechenden Leistungen zulasten des Rentenversicherungsträgers auf den vom Rentenversicherungsträger dazu vorgehaltenen Vordrucken zu beantragen.

Für diese Aufgaben verfügt die AOK über speziell ausgebildete Reha-Berater bzw. Sozialarbeiter und Mitarbeiter in besonderen Arbeitsbereichen. Sie besitzen die entsprechende Erfahrung, die notwendigen Rehabilitationsleistungen frühzeitig und koordiniert einzuleiten. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Ihnen als Kundenberater und den Reha-Beratern bzw. Sozialarbeitern sowie den Projektmitarbeitern ist daher von entscheidender Bedeutung für den Rehabilitationserfolg des Kunden.

§§ 15, 16 SGB I, § 12 SGB IX

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



12.1 Besonderheit: Stationäre Krebsnachsorge

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 40 Abs. 2
SGB V,
§ 15 SGB VI

§ 40 Abs. 4
SGB V

Rehabilitationsleistungen im Rahmen der stationären Krebsnachsorge können von der AOK und vom Rentenversicherungsträger erbracht werden.

Ist die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gegeben (Erfüllung der Wartezeit und positive Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit sowie keine Ausschlussgründe) sind die Leistungen der Rentenversicherung vorrangig vor denen der Krankenversicherung.

§ 31 Abs. 1
Nr. 2 SGB VI,
GR v.
09. 12. 1988
zu § 40
SGB V,
Tit. 12 Abs. 4

Der Rentenversicherungsträger kann allerdings die gleichen Leistungen im Rahmen seines Ermessensspielraums auch dann bereitstellen, wenn die Voraussetzungen des § 15 SGB VI nicht erfüllt sind. Dieses ist z. B. bei Rentnern oder „Familienangehörigen“ bzw. dann der Fall, wenn mit einer Wiederherstellung oder wesentlichen Besserung der Erwerbsfähigkeit nicht zu rechnen ist. Damit stehen sich hier gleichartige Leistungen der AOK (nach § 40 SGB V) und der Rentenversicherung (nach § 31 SGB VI) gegenüber. Da diese Leistungsansprüche gleichrangig nebeneinander bestehen, hat der Anspruchsberechtigte die Wahl, ob er die Leistungen zulasten der Krankenkasse oder zulasten des Rentenversicherungsträgers in Anspruch nimmt. In der Regel hat dann derjenige Rehabilitationsträger zu leisten, bei dem der Antrag gestellt wird.

Merke

Bestehen Ansprüche auf stationäre Krebsnachsorge sowohl gegen die AOK als auch gegen einen Träger der Rentenversicherung nach § 31 SGB VI, bestehen beide Ansprüche gleichrangig nebeneinander. Hat jedoch der Rentenversicherungsträger Ansprüche nach § 15 SGB VI zu erfüllen, gehen die Leistungen der Rentenversicherung denen der AOK vor.

Hinweis

Gerade bei Anträgen auf stationäre Krebsnachsorge kommt Ihnen als Kundenberater eine große Verantwortung zu. Sie können hier die Weichen dafür stellen, ob die Leistung zulasten der AOK oder zulasten der Rentenversicherung durchgeführt wird. Auf der einen Seite kann die AOK hier Kosten sparen, wenn die Leistung bei der Rentenversicherung beantragt wird. Auf der anderen Seite sollte immer das Wohl der Kunden im Vordergrund stehen. Finden Sie also die für den Kunden geeignete Leistung heraus.

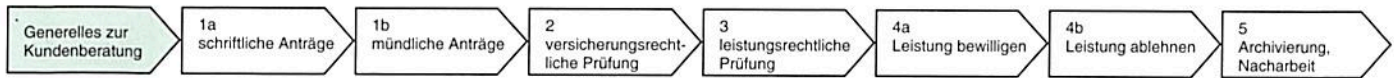
12.2 Besonderheit: Kinderrehabilitation

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Ist für ein Kind eine stationäre Kinderrehabilitation notwendig, bestehen die Ansprüche nach § 40 Abs. 2 SGB V einerseits und § 15a SGB VI andererseits gleichrangig nebeneinander. Das Kind bzw. die Eltern können den Leistungsträger (Kranken- oder Rentenversicherung) selbst wählen (vgl. Punkt 5.4 dieses Lernbriefs).

In der Praxis geht man davon aus, dass der Leistungsträger zuständig ist, bei dem der Antrag auf die Leistungen für das Kind zuerst eingegangen ist. Unabhängig davon sollte der Versicherte bei der Antragstellung über seine Leistungsansprüche umfassend beraten und über sein Wahlrecht informiert werden. Ggf. ist dann der Antrag auf dem Vordruck der Rentenversicherung (Vordruck G0200) vorzunehmen.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



13 Andere Rehabilitationsträger

12.3 Übung zum Lernabschnitt 12

Übung 20

Sachverhalt

Tim Taler, 13 Jahre alt, ist stark übergewichtig und leidet an einer Stoffwechselerkrankung. Sein Arzt empfiehlt ihm eine mindestens vierwöchige stationäre Kinderrehabilitation. Es bestehen gleichzeitig Ansprüche gegenüber der AOK und dem Rentenversicherungsträger.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen mit Angabe der maßgebenden Rechtsvorschriften.

Frage

Welcher Rehabilitationsträger hat die Leistung zu erbringen?

Rehabilitationsträger sind die:

- gesetzlichen Krankenkassen
- Rentenversicherungsträger
- Unfallversicherungsträger
- Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Versorgungsämter/Landesversorgungsämter
- Sozialhilfeträger
- Jugendämter

Die Integrationsämter gelten zwar nicht unmittelbar als Rehabilitationsträger, nehmen aber im Rahmen des zweiten Teils des SGB IX Aufgaben selbstständig und eigenverantwortlich wahr.

Damit der Kunde seine Leistungen nach seinem individuellen, rehabilitationsträgerübergreifenden Leistungsbedarf nahtlos und zügig erhält, ist eine intensive Zusammenarbeit nicht nur zwischen der AOK und dem Rentenversicherungsträger, sondern aufgrund entsprechender Zielsetzung auch zwischen Ihrer AOK und den anderen Rehabilitationsträgern notwendig.

Die Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit erstreckt sich insbesondere auf die Leistungsbereiche nach dem SGB IX. Damit Sie als Kundenberater dieser Verpflichtung nachkommen können, müssen Sie in groben Zügen das Leistungsspektrum der einzelnen Rehabilitationsträger kennen.

§ 6 SGB IX

Generelles zur Kundenberatung

§§ 10 – 12 SGB IX

13.1 Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherungsträger sind immer dann zuständig, wenn die Teilhabeleistungen wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit notwendig werden.

Ist die Zuständigkeit der Unfallversicherung gegeben, leisten sowohl die Krankenversicherung als auch die Rentenversicherung nicht.

Generelles zur Kundenberatung

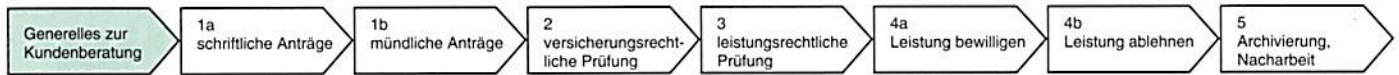
§ 6 Abs. 1 Nr. 3, § 5 Nr. 1 – 4 SGB IX, § 26 Abs. 1 SGB VII

§ 11 Abs. 5 SGB V, § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI

Merke

Die Unfallversicherungsträger sind als Träger der Rehabilitation immer dann zuständig, wenn Teilhabeleistungen aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit notwendig werden.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Generelles zur Kundenberatung

§ 6 Abs. 1
Nr. 2,
§ 5 Nr. 2, 3
SGB IX,
§ 3 SGB III

13.2 Bundesagentur für Arbeit

Die Rehabilitationsleistungen der Bundesagentur für Arbeit (BA) kommen nur dann in Betracht, wenn der behinderte Mensch bzw. der von Behinderung bedrohte Mensch erstmals oder wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder im geschützten Arbeitsmarkt (Werkstatt für Behinderte usw.) tätig werden soll.

Die Leistungen der BA erstrecken sich im Bereich der Teilhabeleistungen ausschließlich auf den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben. Im Zusammenhang mit diesen Leistungen erhält der Versicherte unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (z. B. Übergangsgeld, Reisekosten, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten).

§ 4 Abs. 1
Nr. 3, § 33
Abs. 1
SGB IX

Die Teilhabeleistungen sind darauf ausgerichtet, die Erwerbsfähigkeit dieser Menschen entsprechend ihren Neigungen und ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

§ 33 Abs. 3
SGB IX

Die von der BA zur Verfügung zu stellenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere:

- Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes (z. B. Vermittlung von leistungsgerechten Arbeitsplätzen)
- Berufsvorbereitung (z. B. Förderlehrgänge zum Erlernen von berufsspezifischen Grundkenntnissen)
- berufliche Anpassung (z. B. Umschulung zu einem neuen Berufsbild)
- Weiterbildung (z. B. Computerkurse, um die behinderungsbedingten Kenntnislücken bei der EDV-Entwicklung zu beseitigen)
- berufliche Ausbildung (zur Erlangung einer ersten, zu einem Abschluss führenden Berufsausbildung)
- Kraftfahrzeughilfe (Zuschüsse für die Anschaffung und Ausstattung eines wegen des Berufs notwendigen behindertengerechten Fahrzeugs)

- Leistungen zur Feststellung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung
- Eingliederungszuschüsse (z. B. um dem Arbeitgeber in der ersten Zeit des Arbeitsverhältnisses den Einnahmefall wegen der behinderungsbedingten Minderleistung des Arbeitnehmers auszugleichen)
- Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb zur Finanzierung eines behinderungsgerechten individuellen Arbeitsplatzes

Im Verhältnis zur BA ist der Rentenversicherungsträger bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dann zuständiger Rehabilitationsantragsgeber, wenn der Versicherte

§ 22 SGB III,
§ 11 Abs. 1,
2a SGB VI

- eine Versicherungszeit (Wartezeit) von 15 Jahren in der gesetzlichen Rentenversicherung nachgewiesen hat,
- selbst eine Rente wegen Erwerbsminderung/verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht oder
- kurze Zeit vor der Antragstellung eine medizinische Rehabilitationsleistung zulasten des Rentenversicherungsträgers erhalten hat.

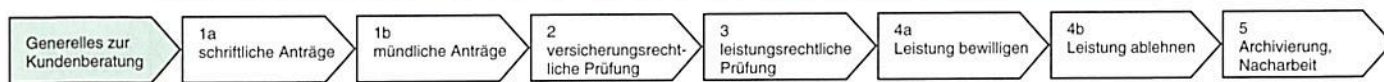
Beispiel

Zu Beginn seines Berufseinstiegs beantragt ein gehbehinderter (Beinverkürzung im Unterschenkel) Student einen Arthrodesenstuhl – ein im Bereich des Sitzfläche besonders geformter Stuhl – bei der AOK. Dieser zählt zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Folge

Die AOK hat den Antrag innerhalb der Fristen des § 14 SGB IX nicht an den Rentenversicherungsträger, sondern an die BA zu senden.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



13.3 Versorgungsämter/ Landesversorgungsämter

Generelles zur Kundenberatung
§ 6 Abs. 1 Nr. 5,
§ 5 Nr. 1–4 SGB IX

Von den Versorgungsämtern und Landesversorgungsämtern (einschließlich der orthopädischen Versorgungsstellen) werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wegen anerkannter, vom Staat zu entschädigender Gesundheitsstörungen gewährt (z. B. nach dem BVG wegen Kriegs- oder Wehrdienstschäden oder nach dem OEG wegen Schädigungen durch Gewalttaten). Die Aufgaben der Träger der Versorgung sind in vielen Bundesländern auf die Kommunen (einschließlich Landkreise und kreisfreie Städte) oder Dritte übergegangen.

13.4 Sozialhilfeträger

Generelles zur Kundenberatung
§ 6 Abs. 1 Nr. 7,
§ 5 Nr. 1, 2, 4 SGB IX

Durch das Inkrafttreten des SGB IX sind die Träger der Sozialhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen worden.

Im Rahmen ihrer Zuständigkeit erbringen sie

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Die Leistungen der Sozialhilfeträger sind generell gegenüber den Leistungen der anderen Rehabilitationsträger nachrangig.

Im Rahmen der Leistungen erbringen die Sozialhilfeträger die Leistung „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“. Eingliederungshilfe erhalten diejenigen Menschen, die durch eine Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Die einzelnen Leistungen der Eingliederungshilfe sind in § 54 SGB XII genannt. Dazu zählen:

- heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind und in ihrer Entwicklung zurück geblieben sind. Diese Leistung kann als Einzelleistung oder im Rahmen der Komplexleistungen der interdisziplinären Frühförderung erbracht werden

- Hilfen zur Förderung der Verständigung für Hör- und Sprachbehinderte
- Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z. B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen, sofern die Pflegeversicherung nicht zuständig ist), betreutes Wohnen im Wohnheimen
- Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben (kostenlose Transportdienste für Gehbehinderte im bestimmten Umfang zum Besuch von Veranstaltungen, Freunden usw.)

Der Sozialhilfeträger übernimmt die Eingliederungshilfe in einigen Bereichen ohne Rücksicht auf die finanzielle Hilfebedürftigkeit des behinderten Menschen.

Die Eingliederungshilfe ist grundsätzlich, wie die anderen Leistungen nach dem SGB XII, nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Rehabilitationsträger.

13.5 Jugendämter

Die Jugendämter als Träger der öffentlichen Jugendhilfe übernehmen Rehabilitationsleistungen für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche.

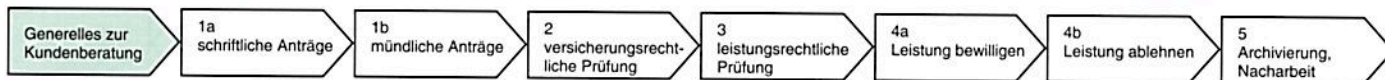
Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe/Eingliederungshilfe der öffentlichen Jugendhilfe ist es, entsprechend der Eingliederungshilfe eine durch äußere Einflüsse bedingte drohende seelische Behinderung zu verhüten, eine seelische Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mindern und dadurch den z. B. durch eine Misshandlung seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Die Eingliederungshilfen entsprechen im Wesentlichen den Eingliederungshilfen der Sozialämter. Sie werden bei Bedarf entweder in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen oder in einer anderen tagesstationären Einrichtung, durch geeignete Pflegepersonen oder in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie in sonstigen Wohnformen geleistet.

Generelles zur Kundenberatung

§ 6 Abs. 1 Nr. 6,
§ 5 Nr. 1, 2, 4 SGB IX,
§ 2 SGB XII

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Generelles zur Kundenberatung

§ 102 SGB IX

13.6 Integrationsämter

Die Integrationsämter sind, abhängig vom Bundesland, unterschiedlichen Behörden angeschlossen (z.B. Landeswohlfahrtsverband, Landschaftsverband). Ihnen obliegt die begleitende Hilfe im Arbeitsleben für schwerbehinderte Arbeitnehmer, die in einer Dauerbeschäftigung stehen und bei denen Hilfen notwendig sind, damit weiterhin dieser Arbeitsplatz gesichert ist.

Die begleitende Hilfe hat das Ziel, die Eingliederung schwerbehinderter Menschen auf behindertengerechten Arbeitsplätzen zu fördern und die Arbeitsplätze der schwerbehinderten Menschen zu sichern. Sie finanzieren sich aus der sogenannten Fehlbelegungsabgabe, die von den Arbeitgebern zu zahlen ist, die in ihrem Betrieb nicht ausreichend schwerbehinderte Menschen beschäftigen.

Im Verhältnis zu den Leistungen der BA und der Rentenversicherungsträger sind die Integrationsämter insbesondere für Studenten sowie für nicht arbeitslosenversicherte Menschen (Beamte, Selbstständige) leistungspflichtig. Als Arbeitsplatz gilt hierbei bei einem Schüler die Schule, bei einem Studenten die Universität.

Im Übrigen sind die Integrationsämter die zuständige Stelle für arbeitsrechtliche Fragen von schwerbehinderten Menschen (z.B. Kündigungsschutz, Zusatzurlaub, Einschränkung der Mehrarbeit).

14 Sonstiges zum Teilhabe-/Rehabilitationsgeschehen

14.1 Gemeinsame Servicestellen

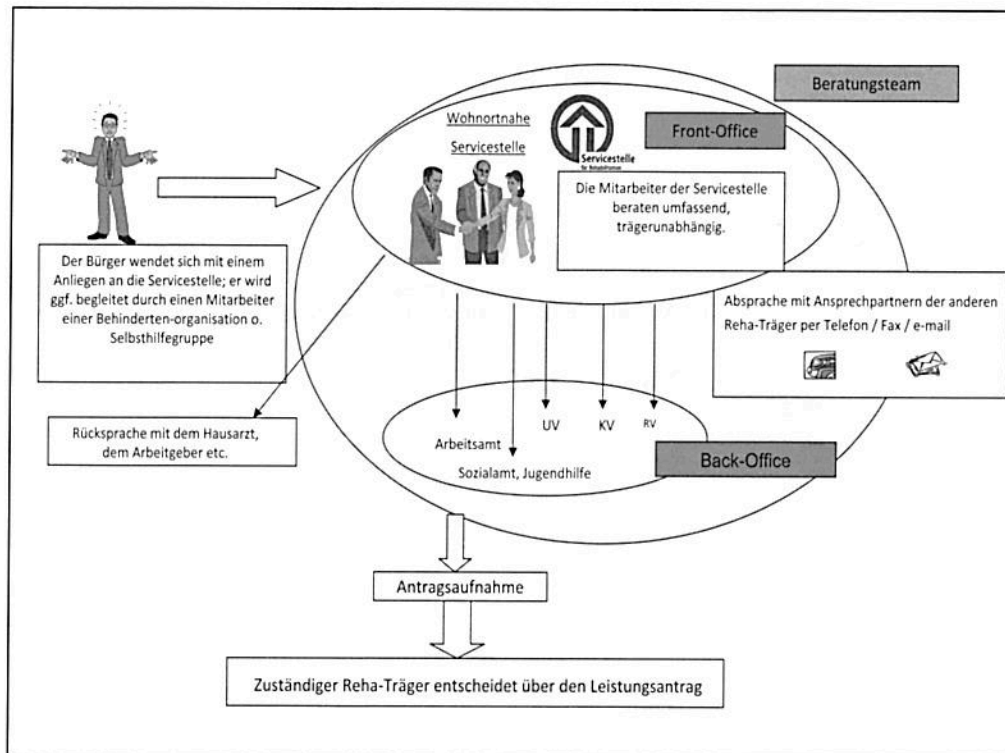
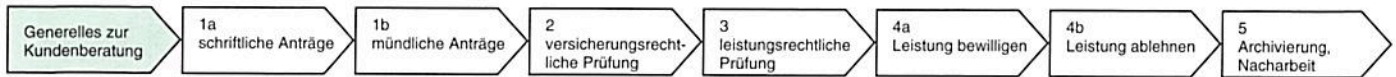
Die Rehabilitationsträger haben (grundsätzlich) in jedem Landkreis bzw. in jeder kreisfreien Stadt gemeinsame Servicestellen zu errichten. In der Praxis sind diese gemeinsamen Servicestellen überwiegend bei den Rentenversicherungsträgern oder bei den Krankenkassen zu finden. Dort sind Mitarbeiter benannt, die die persönliche Beratung und Unterstützung der behinderten Menschen bzw. der von Behinderung bedrohten Menschen rehabilitationsträgerübergreifend übernehmen und entsprechende Anträge aufnehmen. In der Praxis kommen häufig folgende Tätigkeiten vor:

- Anträge auf Rehabilitationsleistungen/Teilhabeleistungen für andere Rehabilitationsträger auf- oder entgegennehmen
- Hilfe bei der Beantragung von Schwerbehindertenausweisen
- Information/Beratung bei Fragen des Bürgers über trägerübergreifenden Teilhabe-/Rehabilitationsleistungen
- Zusammenarbeit mit Behindertenverbänden und örtlicher Politik (Referententätigkeit)

Generelles zur Kundenberatung

§ 22 Abs. 1,
§ 23 Abs. 1
SGB IX

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK, wer im Namen der anderen Rehabilitationsträger gemeinsame Servicestellen eingerichtet hat und welche Aufgaben dort anfallen. Eine Übersicht über die Standorte der gemeinsamen Servicestellen erhalten Sie unter: www.reha-servicestellen.de.

Merke

Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, gemeinsame Servicestellen zur Beratung und Unterstützung der behinderten Menschen bzw. der von Behinderung bedrohten Menschen einzurichten.

14.2 Gebärdensprachdolmetscher

Die Aufgabe von Gebärdensprachdolmetschern ist es, die Kommunikation zwischen Behörden und schwersthörgeschädigten Menschen zu ermöglichen. Im Gegensatz zu Übersetzern, die in der Regel schriftlich arbeiten, sind Gebärdensprachdolmetscher vor allem für die Übertragung gesprochener Texte in eine visuelle Sprache zuständig. Sie übertragen das Gesagte und alle weiteren relevanten akustischen oder visuellen Informationen in die jeweils andere Sprache. So wird eine unkomplizierte und funktionierende Kommunikation gewährleistet.

Der schwersthörgeschädigte (gehörlose/ertaubte) Mensch ist ohne die Verwendung der Gebärdensprache nicht oder nicht vollständig in der Lage, sich zu artikulieren. Auch beherrschen viele von ihnen aufgrund des fehlenden Sprachschatzes nicht das Schreiben. Aus diesem Grund ist die AOK bei Gehörlosen zur Übernahme der Kosten für einen professionellen Gebärdensprachdolmetscher verpflichtet – und zwar bei

Generelles zur Kundenberatung

§ 17 Abs. 2 SGB I,
§ 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



- einem Verwaltungsverfahren der AOK (z. B. Leistungsantrag, Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft, Auskunfts- oder Beratungsgesuchen, Widerspruchsverfahren) oder
- einer medizinisch notwendigen Krankenversicherungsleistung der AOK wie z. B.
 1. ärztliche/zahnärztliche Behandlung
 2. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (Einweisung)
 3. Zahnersatzversorgung (Beratung des Zahnarztes) oder
- einer medizinisch notwendigen Pflegeleistung der AOK.

§ 2 Abs. 2 BpflV,
§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

Grundsätzlich ist die AOK auch zur Übernahme der Kosten für einen Gebärdensprachdolmetscher bei stationärer Behandlung eines Gehörlosen etc. im Krankenhaus verpflichtet. Allerdings sind die während der stationären Behandlung vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (z. B. Inanspruchnahme eines Gebärdensprachdolmetschers) mit dem Pflegesatz/DRG-Vergütungssystem abgegolten. Zusätzliche Kosten können der AOK somit in diesen Fällen nicht in Rechnung gestellt werden.

Als Gebärdensprachdolmetscher im oben genannten Sinne kommen nur professionelle (Vertrags-)Gebärdensprachdolmetscher in Betracht. Das sind diejenigen, die nach entsprechendem Studium ein Diplom erworben bzw. eine staatliche Prüfung als Gebärdensprachdolmetscher abgelegt haben.

In der Regel wendet sich der gehörlose Versicherte zur Terminabstimmung direkt an den Gebärdensprachdolmetscher. Dieser rechnet dann sein Honorar unmittelbar mit der AOK ab. Eine vorherige Beantragung der Leistung bei der AOK ist nicht notwendig (denn sonst benötigt der Gehörlose hierzu wiederum die Hilfe eines Gebärdensprachdolmetschers).

14.3 Persönliches Budget

Seit 01. 01. 2008 haben behinderte Menschen auf Antrag Anspruch auf ein persönliches Budget. Mit dieser neuen Leistungsform wird das klassische Leistungsdreieck zwischen Leistungsträger, Leistungsempfänger und Leistungserbringer aufgelöst. Bisher fest definierte Dienst- und Sachleistungen werden durch Barleistungen an den Betroffenen ersetzt. Mit diesem Geld kann sich der behinderte Mensch als Käufer, Kunde oder Unternehmer eigenverantwortlich für individuelle Unterstützungsleistungen entscheiden.

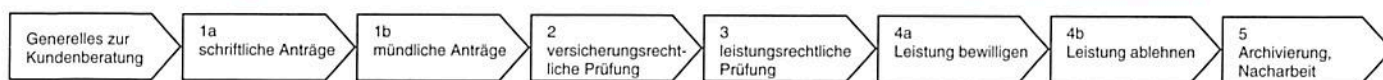
Neben den klassischen Leistungen zur Teilhabe können auch

- alle Leistungen der Krankenversicherung wegen Krankheit/Behinderung (auch häusliche Krankenpflege, zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, Rehabilitations-sport) sowie
- die Leistungen der Pflegeversicherung einbezogen werden. Voraussetzung ist lediglich, dass die Leistungen regelmäßig mindestens einmal jährlich beansprucht werden können.

Das persönliche Budget soll den individuell festgestellten Bedarf eines behinderten Menschen decken, allerdings die Höhe der bisherigen Naturalleistungen nicht überschreiten. Insofern wird die AOK durch ein Persönliches Budget nicht zusätzlich belastet.

Generelles zur Kundenberatung

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



15 Zusammenfassende Selbstkontrolle

Sachverhalt

Roland Günther ist Kunde der AOK. Er hat seit 05. 01. 2016 eine Arbeitsstelle bei der Meyer GmbH aufgenommen. Aufgrund seiner Beschäftigung ist er in allen Zweigen sozialversicherungspflichtig. Seit einiger Zeit fällt ihm die Arbeit wegen seines hohen Körpergewichts (160 kg bei einer Körpergröße von 165 cm) immer schwerer. Auch sonst kann er sich nur schwer bewegen und nur noch kurze Strecken gehen. So kommt es, dass er am 13. 11. 2016 während der Arbeit wegen Atemnot erstmals erkrankt. Sein Hausarzt ist zugleich Facharzt für innere Medizin attestiert ihm ab 13. 11. 2016 bis auf Weiteres wegen schwerer körperlicher Erschöpfung, Bluthochdruck, Atemnot und LWS-Syndrom Arbeitsunfähigkeit. Außerdem wurde er in der Zeit vom 14. bis 24. 11. 2016 im Kreiskrankenhaus stationär behandelt.

Nach Beendigung der Entgeltfortzahlung erhält Roland Günther ab 26. 12. 2016 Krankengeld. Seine Erwerbsfähigkeit ist durch seine Erkrankung ganz erheblich gefährdet. Nur durch eine stationäre medizinische Rehabilitation kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden.

Roland Günther spricht bei Ihnen am 06. 02. 2017 vor. Er erkundigt sich, ob er bei der AOK eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragen kann. Die vom Amt ausgefüllte Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung „Muster 61 Teil B bis D“ und den umfangreichen Krankenhausentlassungsbericht hat er mitgebracht. Aus diesem bestätigen sich die oben aufgeführten Angaben.

Hinweise zu Aufgabe 1

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen.

Aufgabe 1

Kommen bei Roland Günther bei der Diagnose auch Präventionsleistungen nach § 23 SGB V in Betracht?

Hinweise zu Aufgabe 2

Es reicht eine stichwortartige Aufzählung aus.

Aufgabe 2

Welche Eigenschaften/Fähigkeiten müssen bei Bewilligung einer medizinischen Rehabilitationsleistung zulasten der AOK/DRV in der Person des Versicherten generell erfüllt sein?

Hinweise zu den Aufgaben 3 und 4

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Dreischritt-Methode. Erforderliche Fristenberechnungen sind nicht zu begründen.

Aufgabe 3

Prüfen Sie, ob dem Grunde nach gegenüber der AOK und gegenüber dem Rentenversicherungsträger Ansprüche auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation für Roland Günther bestehen. Prüfen Sie hierbei auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, nicht aber die unter Aufgabe 2 geforderten Eigenschaften/Fähigkeiten.

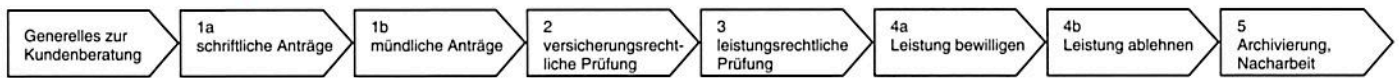
Aufgabe 4

Stellen Sie fest, welcher Leistungsträger (AOK oder Rentenversicherungsträger) für die Übernahme der Kosten zuständig ist.

Aufgabe 5

Bei dem Besuch von Roland Günther am 06. 02. 2017 kommen Sie in ein Beratungsgespräch. Führen Sie stichwortartig (aber konkret) zehn Rehabilitationsinformationen auf, die Sie dem Kunden Roland Günther im Rahmen des Gesprächs mitgeben.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



16 Lösungen zu den Übungen im Text

Lösung zu 1.1

Durch die Überforderung und die Mehrbelastung durch die kürzlich geschiedene Ehe wird Silke Neu den Anforderungen ihrer Doppelbelastung als alleinerziehende Mutter und Arbeitnehmerin nicht mehr gerecht. Durch das bewusste Zurückziehen ist mit langfristigen Einbußen im Kontakt mit anderen Menschen (Gesellschaft) und mit Störungen im Beruf zu rechnen. Dieses Defizit in der Teilhabe begründet einen Rehabilitationsbedarf.

Lösung zu 1.2

Die Erkrankung führt zu Beeinträchtigungen in den verschiedensten Lebenslagen (vgl. Lösung zu 1.1). Von Bedeutung ist sicherlich eine Psychotherapie (vgl. § 27 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), allerdings ist die Störung wegen ihrer Auswirkungen auf Alltag, Beruf und Gesellschaft komplexer und facettenreicher. Hier reicht die Krankenbehandlung, die auf Heilung der Krankheit ausgerichtet ist, nicht aus. Zur Bewältigung des Alltags sowie zur Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft müssen Verhaltens- und Erziehungsfragen, die Doppelbelastung als Mutter und Arbeitnehmerin, die Verarbeitung der Scheidung, der unbedingt notwendige Stressabbau und sonstige Lebensfragen angegangen werden. Hierzu bedarf es einer intensiven, komplexen, ganzheitlichen Einwirkung unter medizinischen Gesichtspunkten.

Lösung zu 2.1

Aufgrund der körperlichen Schädigung (Arthrose) bestehen nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität (Einschränkungen bei der Führung des Haushalts, Mobilitätseinschränkungen). Dadurch ist eine Beeinträchtigung der Teilhabe eingetreten (Zurückgezogenheit; eingeschränkte Selbstversorgung). Es ist eine für die medizinische Rehabilitation typische, über die kurative Versorgung hinaus gehende, mehrdimensionale und interdisziplinäre Hilfe zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung erforderlich. Diese Hilfe muss bei Sabine Christ

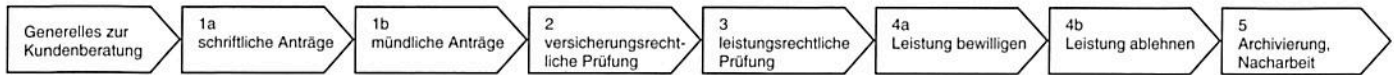
- medizinische, pädagogische und soziale Sektoren einbeziehen und
- die ärztliche, pflegerische, physiotherapeutische, ergotherapeutische, diätetische und psychotherapeutische Versorgung miteinander verzahnen

(z.B. Änderung der Lebenseinstellung, Förderung der Mobilität, Abbau von Angst, Gewichtsreduzierung, Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben).

Lösung zu 2.2

Hier besteht die Notwendigkeit einer stationären medizinischen Rehabilitation, weil Sabine Christ in ihrer Mobilität sehr eingeschränkt ist und ihr in ihrem jetzigen Zustand ein tägliches Verlassen der Wohnung und das Treppensteigen nicht zuzumuten ist.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Lösung zu 2.3



Lösung zu 3

Leo Bommel

- ist versichert und damit grundsätzlich leistungsberechtigt,
- ist rehabilitationsbedürftig, da die Leistungen der Krankenbehandlung einschließlich der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen und die vor allem körperliche und seelische Schädigung für einen längeren Zeitraum alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität verursachen,
- ist rehabilitationsfähig – also in der Lage, an einer (stationären) Rehabilitationsleistung aktiv mitzuwirken – und
- hat bezogen auf die Teilhabeziele laut den Angaben des Arztes eine positive Rehabilitationsprognose.

Da auch kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig leistungspflichtig ist, hat die AOK die Kosten der Rehabilitationsleistung zu übernehmen. Wegen der Mobilitätseinschränkung kann nur eine stationäre Rehabilitationsleistung sinnvoll sein.

Lösung zu 4.1

Während der Krankenhausbehandlung ist eine Zuzahlung für 10 Kalendertage zu zahlen. Der Krankenhausaufenthalt ist auf die Rehabilitationsleistungen anzurechnen, sodass wegen der Entwöhnung ab 11. 02. noch für 18 Tage eine Zuzahlung zu leisten ist.

Lösung zu 4.2

Eine Zuzahlung ist vom Versicherten für 10 Tage während der Krankenhausbehandlung und für 34 Tage (volle Rehabilitationsdauer) während der Rehabilitation zu entrichten. Die Zuzahlung wegen der Krankenhausbehandlung ist nicht bei der Rehabilitation zu berücksichtigen. Die Dauer der Rehabilitation erreicht keine 42 Tage.

Lösung zu 4.3

Die Rehabilitationsleistung dauert länger als 42 Tage. Deshalb ist die Zuzahlung rückwirkend auf eine Dauer von 28 Tagen begrenzt.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Lösung zu 5

Der Versicherte hat zu leisten

- eine Zuzahlung für 28 Tage (vom 20. 11. bis 17. 12. 2016),
- keine Zuzahlung, da die Krankenhausbehandlung angerechnet wird.

Lösung zu 6

Bei einer Anschlussrehabilitation hat die Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung (grundsätzlich) spätestens innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung zu erfolgen. War eine Verlegung wegen medizinischer Gründe (z. B. Wundheilungsstörungen, ansteckende Erkältung) nicht innerhalb der 14 Tage möglich, gilt die Rehabilitation noch als Anschlussrehabilitation, wenn eine Verlegungsfrist von sechs Wochen eingehalten wird und ein ursächlicher medizinischer Zusammenhang zwischen der Krankenhausbehandlung und der Anschlussrehabilitation besteht. Dieses ist bei Alfred Kathe der Fall. Es handelt sich um eine Anschlussrehabilitation. Die bewirkt, dass einschließlich für die Zeit der Krankenhausbehandlung eine Zuzahlung für längstens 28 Tage zu leisten ist (vgl. § 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V). Da von Alfred Kathe bereits während der Krankenhausbehandlung für 17 Tage eine Zuzahlung zu entrichten war, ist für die Zeit der Rehabilitation nur noch eine Zuzahlung vom 18. bis 28. 06. (11 Tage) zu erheben.

Hinweis: Der überzahlte Betrag ist Alfred Kathe zu erstatten.

Lösung zu 7

Es handelt sich hier um die Phase „D“.

Lösung zu 8.1

Präventionsleistungen zielen darauf ab, einer Krankheit vorzubeugen. Rehabilitationsleistungen setzen dagegen nicht bei einer Krankheit, sondern bei der Störung in der Teilhabe (Behinderung) an. Dabei ist es nicht notwendig, dass die Behinderung schon eingetreten ist; es reicht aus, wenn eine chronische Krankheit mit hoher Wahrscheinlichkeit in naher oder entfernter Zukunft zu einer Behinderung führen wird.

Lösung zu 8.2

Es kommen auch Leistungen des Rentenversicherungsträgers nach § 15a SGB VI in Betracht.

Anmerkung: Der Rentenversicherungsträger ist wegen der Gleichrangigkeit von Leistungen leistungspflichtig, wenn der Antrag bei ihm gestellt wird.

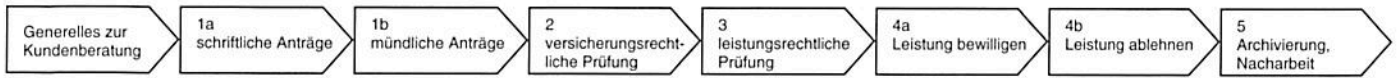
Lösung zu 9

Festigungskuren dienen der Festigung des Gesundheitszustandes insbesondere bei noch bestehender Funktionsstörung. Die Vier-Jahres-Frist des § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V ist nicht zu beachten, da die Nachsorge medizinisch notwendig ist.

Lösung zu 10

- a) Die AOK ist zuständiger Rehabilitationsträger. Ein Weiterleitung des Rehabilitationsantrags ist nicht möglich.
- b) Die AOK soll mit dem Rentenversicherungsträger Kontakt aufnehmen, ihn auf die nicht erfasste Versicherungszeit (Wartezeit) aufmerksam machen und ihn fragen, ob der Antrag wieder zurück gesandt werden kann. Ansonsten ist die AOK als zweitangegangener Rehabilitationsträger zur Leistung verpflichtet. Vorsorglich kann sie einen Erstattungsanspruch anmelden. Bei einer nochmaligen Weiterleitung sind alle Beteiligten (Versicherter, ggf. Leistungserbringer) zu informieren.
- c) Der Antrag ist an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu senden. Dieser wird erstangegangener Rehabilitationsträger i.S.d. § 14 SGB IX.
- d) Die Verordnung des Rollstuhls erfolgte aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls. Eine Leistungspflicht der AOK ist ausgeschlossen (§ 11 Abs. 5 SGB V). Der Antrag ist innerhalb der Fristen des § 14 SGB IX an den Unfallversicherungsträger weiter zu leiten. Die Beteiligten (Versicherter, ggf. Leistungserbringer) sind zu informieren.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



- e) Die AOK soll die Mitbewerberkrankenkasse fragen, ob der Antrag noch mal weitergeleitet werden kann. Ansonsten ist die AOK als zweitangegangener Rehabilitationsträger zur Leistung verpflichtet (obwohl kein Versicherungsverhältnis mehr besteht). Vorsorglich ist ein Erstattungsanspruch anzumelden. Bei einer nochmaligen Weiterleitung sind alle Beteiligten (Versicherter, ggf. Leistungserbringer) zu informieren.
- f) Der Rentenversicherungsträger hat die Weiterleitungsfrist des § 14 SGB IX versäumt. Die AOK braucht als zweitangegangener Rehabilitationsträger nicht zu leisten. Sie sendet den Antrag an den Rentenversicherungsträger mit entsprechender Begründung an den Rentenversicherungsträger zurück und informiert die anderen Beteiligten (Versicherter/Leistungserbringer).
- g) Die Frist i.S.d. § 14 SGB IX beginnt erst nach dem Tag, an dem der Teilhabebedarf bekannt wurde, also am Tag nach dem 25. 09. Die AOK muss den Antrag wegen § 40 Abs. 4 SGB V an den Rentenversicherungsträger weiterleiten – und zwar bis 10. 10. (ein Tag nach Ablauf der 14-Tage-

Frist). Über die Weiterleitung sind der Versicherte und ggf. der Leistungserbringer zu benachrichtigen.

Lösung zu 12

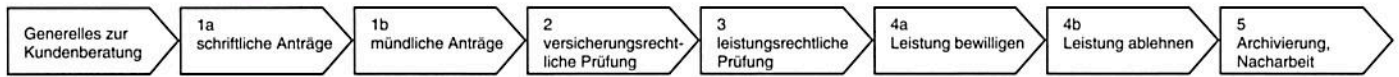
Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für den Rehabilitationssport grundsätzlich im Rahmen einer Anschubfinanzierung. Deshalb ist die Leistung von der Anzahl der Übungseinheiten, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums in Anspruch genommen werden können, begrenzt. Es wird grundsätzlich unterstellt, dass der Versicherte nach 50 Übungseinheiten (Richtwert) in die Lage versetzt wurde, die ggf. lebenslang notwendigen Übungen in Eigenregie eigenverantwortlich – d.h. ohne fachkundige Leitung des Übungsleiters – z. B. in einem „normalen“ Sportverein bzw. in einer „normalen“ Funktionstrainingsgruppe durchzuführen. Damit erfolgt eine Gleichstellung mit dem gesunden Menschen, der sich zur Erhaltung seiner Gesundheit einem Sportverein etc. anschließt. Ein nochmaliger Anspruch kommt bei Walter Stein nur dann in Betracht, wenn die Fortführung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht notwendig ist.

Lösung zu 11

Tabellarische Übersicht über die Höhe der Kostenerstattung

Anlass	Matthias Stamm	Begleitperson
Fahrt zur Klinik	450 km x 0,20 € = 90 €	
Rückfahrt der Begleitperson		450 km x 0,20 € = 90 €
Tagegeld	0,00 (keine 8 Stunden Reisezeit, da ab 14:30 Uhr Verpflegung in Klinik)	12 € für den 05. 06., da von 7.30 – 24.00 Uhr unterwegs, also mehr als 8 Stunden Ferner 12 € für den 06. 06., da an dem Tag von 0.00 Uhr bis 14.30 Uhr unterwegs Zusammen also 24 €
Übernachungskosten		35 €
Erstattungsbetrag	90 €	149 €
Gesamterstattung	(90 € + 149 € =) 239 €	

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Lösung zu 13

Eine erneute Genehmigung des Rehabilitationssports ist nach Vorlage einer entsprechenden Verordnung des Arztes auf den Vordruck „Muster 56“ bereits vor Ablauf des Drei-Jahres-Zeitraums möglich.

Lösung zu 14

Die Deutsche Rentenversicherung Hannover-Braunschweig hat die Kosten der Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu tragen.

Lösung zu 15

Die AOK ist nicht erstangegangener Rehabilitationsträger. Dieses ist vielmehr die DRV Bund.

Lösung zu 16

Hubert Neufurth hat die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfüllt.

Begründung

§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, § 122 Abs. 1 SGB VI (hier:)

Für die Prüfung, ob die Versicherungszeit erfüllt ist, muss zunächst der Zwei-Jahres-Zeitraum gebildet werden. Dieser endet am Tag vor der Antragstellung. In dem maßgebenden Zeitraum vom 17. 05. 2015 bis 16. 05. 2017 sind für sieben Kalendermonate Pflichtbeiträge entrichtet worden, und zwar

- vom 05. 11. 2016 bis 23. 01. 2017 (drei Kalendermonate) nach § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI und
- vom 24. 01. bis 14. 05. 2017 vier Kalendermonate (ohne Januar) nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

(also:)

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind damit erfüllt.

Lösung und Begründung zu 17

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen haben und nach einer solchen Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig sind (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI). Der Zwei-Jahres-Zeitraum nach der Schulausbildung verläuft vom 01. 08. 2015 bis 31. 07. 2017. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt, weil Sandra Müller die versicherungspflichtige Beschäftigung innerhalb von zwei Jahren nach der Schulausbildung aufgenommen hat (am 01. 03. 2017) und seit 29. 05. 2017 bis zur Stellung des Rehabilitationsantrags arbeitsunfähig ist.

Lösung zu 18

(siehe Seite 93)

Lösung zu 19

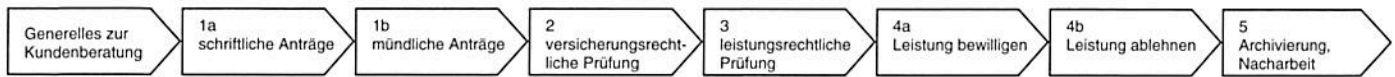
Voraussetzungen für die Durchführung von Anschlussrehabilitationsleistungen durch den Rentenversicherungsträger sind u. a.:

- Der Patient muss rentenversichert sein.
- Die Verlegung muss direkt vom Akut-Krankenhaus in die AR-Klinik oder innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Akut-Krankenhaus erfolgen. Der Zeitraum von 14 Tagen kann auch überschritten werden, wenn sich die Aufnahme in die Reha-Klinik durch organisatorische Probleme verzögert.
- Die Diagnose muss zu einer für die AR vorgesehenen Indikationsgruppe gehören.
- Der Patient muss der AR zugestimmt haben.
- Der Patient muss frühmobilisiert und rehabilitationsfähig sein.
- Die Erreichung des Rehabilitationsziels (positive Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit) muss wahrscheinlich sein (positive „Rehabilitationsprognose“).
- Der Patient muss transportfähig sein.

Hinweis

Es waren lediglich vier Voraussetzungen zu nennen.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Lösung zu 18

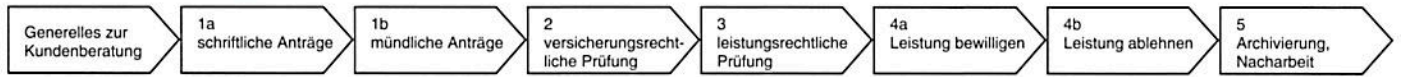
Es werden jeweils Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparats beantragt.	versicherungsrechtliche Voraussetzung ist erfüllt	versicherungsrechtliche Voraussetzung ist <u>nicht</u> erfüllt
1. Fall Der Antragsteller entrichtet seit acht Monaten Pflichtbeiträge. Weitere Zeiten liegen nicht vor.	X Anmerkung: vgl. § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI	
2. Fall Der Antragsteller entrichtet seit acht Monaten freiwillige Beiträge.		X Anmerkung: Angerechnet werden hier nur Pflichtbeitragszeiten
3. Fall Der Antragsteller hat die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt. Der letzte Beitrag wurde vor acht Jahren entrichtet. Seit dieser Zeit wurden keine weiteren Beiträge entrichtet.	X Anmerkung: vgl. § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI	
4. Fall Der Antragsteller hat die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt, ist jedoch seit sechs Jahren als Beamter beschäftigt.		X Anmerkung: vgl. § 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI Dem Grunde nach sind zwar die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, aber hier greift der Leistungsausschluss
5. Fall Die Antragstellerin ist Hausfrau und Mutter von zwei Kindern (geboren am 29. 12. 2009 und 05.01.2012). Sie ist über ihren Ehemann familienversichert, da sie zurzeit nicht erwerbstätig ist. Vom 01. 08. 2006 bis 31. 07. 2009 war sie rentenversicherungspflichtig beschäftigt. Aufgrund eines Unfalls im Jahr 2016 ist sie vermindert erwerbsfähig.	X Anmerkung: vgl. § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, § 56 SGB VI	

Lösung zu 20

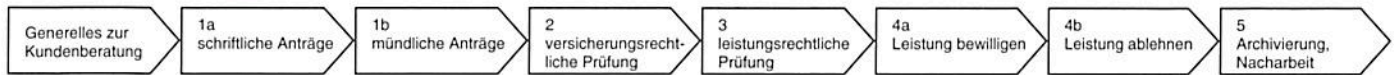
Der vom Versicherten gewählte Rehabilitationssträger hat zu leisten.

Begründung

Treffen Leistungsansprüche nach § 40 SGB V mit denen nach § 15a SGB VI zusammen, hat der Anspruchsberechtigte in diesen Fällen die Wahl, ob er Leistungen zulasten der Krankenkasse oder zulasten des Rentenversicherungsträgers in Anspruch nimmt.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



17 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1

Bei Roland Günther kommen keine Präventionsleistungen nach § 23 SGB V in Betracht, weil bereits Fähigkeitsstörungen eingetreten sind, die seine Teilhabe am Leben im Alltag (einschließlich Beruf) behindern.

Lösung zu 2

Folgende Eigenschaften/Fähigkeiten werden gefordert:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- positive Rehabilitationsprognose in Bezug auf das Rehabilitationsziel

Lösung zu 3

Es besteht dem Grunde nach sowohl gegenüber der AOK als auch gegenüber dem Rentenversicherungsträger ein Anspruch auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Begründung

Anspruch gegenüber der AOK

§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V

(hier:)

Roland Günther ist schwer erkrankt. Es sind Leistungen notwendig, um die Krankheit positiv zu beeinflussen. Roland Günther ist Kunde der AOK.

(also:)

Roland Günther hat Anspruch auf Krankenbehandlung und damit grundsätzlich auch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

§ 40 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB V

(hier:)

Der Hausarzt hält nur noch eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Roland Günther für Erfolg versprechend.

(also:)

Die AOK kann für Roland Günther eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation dem Grunde nach erbringen.

Anspruch gegenüber dem Rentenversicherungsträger

§ 9 SGB VI

Persönliche Voraussetzungen:

§ 10 Abs. 1 Nr. 1, 2 Buchst. a SGB VI

(hier:)

Roland Günther ist an Bluthochdruck, LWS-Syndrom und wegen körperlicher Erschöpfung erkrankt. Sein Arzt hat festgestellt, dass seine Erwerbsfähigkeit besonders durch sein Übergewicht erheblich gefährdet ist. Nur durch eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden.

(also:)

Roland Günther hat die persönlichen Voraussetzungen erfüllt.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen:

§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI

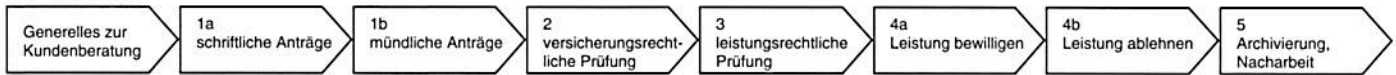
(hier:)

Roland Günther stellt den Antrag auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation am 06. 02. 2017. Die Zwei-Jahres-Frist verläuft vom 05. 02. 2015 bis 04. 02. 2017. Innerhalb dieser Zeit hat Roland Günther vom 05. 01. 2016 bis 25. 12. 2017 Beiträge zur Rentenversicherung aufgrund der versicherungspflichtigen Beschäftigung gezahlt (§ 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI). Vom 26. 12. 2016 bis zur Antragstellung wurden Pflichtbeiträge aufgrund des Bezugs von Krankengeld zur Rentenversicherung entrichtet (§ 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI).

(also:)

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt, da mindestens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten vorliegen.

Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation



Lösung zu 4

Der Rentenversicherungsträger hat die Kosten der stationären medizinischen Rehabilitationsleistung zu tragen.

Begründung

§ 40 Abs. 4 SGB V

(hier:)

Bei Roland Günther ist eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation dringend notwendig. Er hat gegenüber der AOK und dem Rentenversicherungsträger einen Anspruch auf eine solche Leistung.

(also:)

Die AOK darf die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht erbringen, da die Rentenversicherung zuständiger Träger ist.

Lösung zu 5

Gegenstand des Gesprächs kann sein:

- dass die Krankenbehandlung als solche nicht mehr ausreicht und dass jetzt medizinische Rehabilitationsleistungen notwendig sind
- welchen Zweck medizinische Rehabilitationsleistungen verfolgen
- dass die medizinische Rehabilitationsleistung in ambulanter (tägliche Rückkehr nach Hause) oder stationärer Form durchgeführt werden kann (abhängig von der medizinischen Notwendigkeit)
- dass neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen mit hoher Wahrscheinlichkeit die vom Rentenversicherungsträger für medizinische Rehabilitationsleistungen geforderten persönlichen Voraussetzungen (bereits eingetretene oder zumindest drohende Erwerbsminderung) erfüllt sind und dass deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit der Rentenversicherungsträger die Kosten der medizinischen Rehabilitationsleistung trägt (Vorrang vor den Leistungen der Krankenversicherung)
- dass für die Übernahme der Kosten ein Antrag an den Rentenversicherungsträger zu stellen ist

- Antragspaket der Rentenversicherung für medizinische Rehabilitationsleistungen (Antragsvordrucke G0100, G0110, G0120) erklären, dann die Vordrucke ausfüllen und vom Versicherten unterschreiben lassen
- informieren, dass der Antrag auf Rehabilitationsleistung als Rentenantrag auf Erwerbsminderungsrente gewertet werden kann, wenn nach Ansicht des Rentenversicherungsträgers die Erwerbsfähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann
- dass Sie den Antrag an den Rentenversicherungsträger weiterleiten
- Verfahrensablauf bis zum Beginn der Leistung erklären (Prüfung des Antrags durch den Rentenversicherungsträger, Bestimmung des Rehabilitationsorts, Bewilligung der Maßnahme in etwa drei Wochen)
- Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten bezüglich z.B. Auswahl der Einrichtung/Klinik
- Beginn der Leistungsanspruchnahme und Leistungsdauer
- Kostenträger der Leistung ermitteln (Rentenversicherungsträger) und aufklären, dass Reisekosten erstattet werden
- Zahlung von Übergangsgeld und dass der Zahlbetrag des Übergangsgeldes etwas geringer ausfällt wie beim Krankengeld, aber dafür während der medizinischen Rehabilitation die sonst übliche Zuzahlung von 10 € täglich nicht zu entrichten ist

Hinweis

Es waren lediglich zehn Rehabilitationsinformationen aufzuführen.