

**Auf einen Blick  
Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V**

<b>Antrag</b>	<p>Die „<b>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</b>“ erfolgt auf dem <b>Muster 61</b> durch zugelassene Vertragsärzte oder Psychotherapeuten. Muster 61 erhält der Vertragsarzt/Psychotherapeut von seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und wird von ihm ausgestellt.</p> <p>Liegt der AOK Nordost Muster 61 vor, sind folgende Prüfungen vorzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Mitgliedschaft)</li> <li>• persönliche Voraussetzungen (Ruhe des Leistungsanspruchs nach § 16 SGB V, Zuständigkeit anderer Rehaträger)</li> <li>• leistungsrechtliche Voraussetzungen</li> <li>• medizinische Voraussetzungen</li> </ul>
<b>Prüfung der Zuständigkeit</b>	<p><u>Medizinische Rehabilitation</u> wird erbracht von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)</li> <li>• der Rentenversicherung (RV)</li> <li>• Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung</li> <li>• dem Versorgungsamt</li> <li>• Sozial- und Jugendämtern.</li> </ul> <p>Zu beachten ist, dass ein <u>gleichrangiger Leistungsanspruch</u> zwischen RV und GKV bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderheilbehandlungen und</li> <li>• onkologischen Nachsorgemaßnahmen für Versicherte, Bezieher einer Rente sowie ihre Angehörigen</li> </ul> <p>besteht. Das heißt, der zuerst angegangene Rehabilitationsträger hat den Antrag zu prüfen und muss bei Bewilligung diese Leistungen erbringen.</p> <p>Bei dem Personenkreis der <u>rentenversicherungsberechtigten Versicherten</u> mit den Versicherungsarten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 101 – Beschäftigte,</li> <li>• 401 – Arbeitslosengeldbezieher</li> <li>• 409 – Arbeitslosengeld-II-Bezieher</li> <li>• 501 – freiwillig Versicherter</li> <li>• und deren familienversicherten Angehörigen (Versicherungsart 006, 940) sowie</li> <li>• 010 – betreute Hilfeempfänger (nach § 264 SGB V),</li> </ul> <p>ist die Vorversicherungszeit des zuständigen RV-Trägers zu prüfen und ggf. deren Antrag aufzunehmen.</p> <p>Liegt ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vor ist ggf. der <u>Unfallversicherungsträger bzw. das Versorgungsamt</u> zuständig. Der Versicherte ist auf die dortige Antragstellung hinzuweisen.</p>
<b>Dauer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grundsätzlich 3 Wochen, An- und Abreise gelten als 1 Tag = 20 Zahltage</li> <li>• Verlängerungen sind möglich, sie sind generell vor der Verlängerung bei der Krankenkasse durch die Einrichtung zu beantragen</li> <li>• längere Dauer häufig bei             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abhängigkeitserkrankungen</li> <li>- Psychischen Erkrankungen</li> <li>- Psychosomatischen Erkrankungen</li> <li>- Neurologischen Erkrankungen</li> </ul> </li> </ul>
<b>MDK</b>	<p>Unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in Stichproben</li> <li>• in Zweifelsfällen bei Antragstellung vor Ablauf von 4 Jahren</li> <li>• regelmäßig bei beantragter Verlängerung</li> </ul>

<p><b>Zuzahlung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10,00 Euro je Kalendertag an die Einrichtung für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben</li> <li>• Zuzahlungspflicht sowohl für Aufnahme- als auch Entlassungstag</li> <li>• verminderte Zuzahlung auf 28 Kalendertage             <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Entwöhnungsbehandlungen wegen einer Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit,</li> <li>- bei Rehabilitationsmaßnahmen wegen einer psychischen Erkrankung mit Ausnahme von neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen,</li> <li>- bei geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen,</li> <li>- bei Rehabilitationsmaßnahmen, die aus medizinischen Gründen (Schwere und Chronizität der Erkrankung) vor Ablauf der Vier-Jahres-Frist dringend erforderlich sind und in einem medizinischen Zusammenhang zueinanderstehen,</li> <li>- wenn die stationäre Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage dauert</li> </ul> </li> <li>• Befreiung möglich, wenn die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht wurde</li> <li>• bei Leistungsfällen über den <u>Jahreswechsel</u> ist ab dem 01.01. des Folgejahres wieder eine Zuzahlung zu leisten, es sei denn, es liegt nachweislich für das Folgejahr wieder eine Zuzahlungsbefreiung vor</li> <li>• Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung zur Rehabilitation in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation) medizinisch notwendig ist, zahlen 10,00 EUR für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung.</li> </ul>
-------------------------	--