

Normen

§ 32 Abs. 1 SGB VI
§ 40 Abs. 6 SGB V

Kurzinfo

Anschlussrehabilitationen sind ganztägige ambulante, teilstationäre oder stationäre Leistungen, die aus medizinischen Gründen unmittelbar oder im engen zeitlichen Zusammenhang an eine Krankenhausbehandlung anschließen. Unmittelbar bedeutet, dass die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Der Versicherte hat täglich eine Zuzahlung von 10,00 EUR zu leisten, die bei dieser Leistung - einschließlich der im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen im Krankenhaus - auf 28 Tage (bei Zuständigkeit der Rentenversicherung 14 Tage) begrenzt ist.

Information

Inhaltsübersicht

1. Enger zeitlicher Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung
2. Kliniken
3. Voraussetzungen und Ziele
4. Indikationen für Anschlussrehabilitationen
5. Dauer von Anschlussrehabilitationen
6. Keine Begutachtungspflicht durch den MDK
7. Zuständigkeit
8. Zuzahlung der Versicherten
9. Möglichkeiten der Zuzahlungsbefreiung

1. Enger zeitlicher Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung

Der enge zeitliche Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung ist auch dann noch gewahrt, wenn die Anschlussrehabilitation vom Krankenhaus bereits eingeleitet worden ist, der Patient jedoch nicht verlegt, sondern mit ärztlicher Genehmigung bis zum Beginn der Anschlussrehabilitation zunächst aus der stationären Behandlung entlassen wird. Grundsätzlich muss die Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung unverzüglich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen. Stehen einer unverzüglichen Aufnahme sachlich vertretbare Gründe entgegen, wird ein Verlegungsdatum auch bis maximal zwei Wochen toleriert. Darüber hinausgehende Verlegungszeiten bedürfen einer gesonderten Genehmigung. Ein Zeitraum von sechs Wochen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung soll jedoch nicht überschritten werden.

2. Kliniken

In den Anschlussrehabilitationskliniken können grundsätzlich auch ambulante/teilstationäre Leistungen i.R.d. Anschlussrehabilitationsverfahrens durchgeführt werden. Sollte das in einigen Anschlussrehabilitationskliniken jedoch nicht möglich sein, ist dies in der Häuserbeschreibung besonders ausgewiesen. Listen über die geeigneten Einrichtungen und detaillierte Ausführungen über das Anschlussrehabilitationsverfahren werden von den Rentenversicherungsträgern den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

3. Voraussetzungen und Ziele

Voraussetzung für eine Anschlussrehabilitation ist, dass die Diagnose zu einer für die Anschlussrehabilitation vorgesehenen Indikation gehört. Darüber hinaus muss der Patient früh mobilisiert und rehabilitationsfähig sein sowie der Durchführung der Rehabilitation zugestimmt haben.

Ziel der Anschlussrehabilitation ist die Wiederanpassung des Patienten an die Belastungen des Alltags- oder Berufslebens. Es gilt vor allem, verloren gegangene Funktionen wiederzuerlangen und/oder bestmöglich zu kompensieren. Mit dieser Zielsetzung kann die Anschlussrehabilitation auch der Vermeidung und Minderung der Pflegebedürftigkeit dienen.

Anschlussrehabilitationen sind Leistungen zur Rehabilitation, die nach besonderen Vorgaben des Rentenversicherungsträgers und der gesetzlichen Krankenkassen eingeleitet und in speziell ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden.

Unter ärztlicher Leitung und unter Mitwirkung besonders geschulten Personals wird eine Rehabilitation des ganzen Menschen angestrebt, nicht zuletzt auch unter Berücksichtigung psychosozialer Belastungsfaktoren.

4. Indikationen für Anschlussrehabilitationen

Große Erfahrungen liegen in diesem Bereich vor allem bei der Rehabilitation nach Herzinfarkten vor. Im Zusammenhang mit Anschlussrehabilitationen sind allerdings schwerpunktmäßig auch die folgenden Indikationsgruppen zu nennen:

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufsystems,
- Krankheiten der Gefäße,
- entzündlich-rheumatische Krankheiten,
- konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen,
- gastroenterologische Erkrankungen einschließlich Operationen an Verdauungsorganen,
- endokrine Krankheiten,
- Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen,
- nephrologische Erkrankungen,
- urologische Erkrankungen,
- neurologische Krankheiten und einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven,
- onkologische Krankheiten,
- gynäkologische Krankheiten einschließlich Operationen am weiblichen Genitale,
- Organtransplantationen und -Unterstützungssysteme,
- Post-Covid-Syndrom.

Als Arbeitshilfe für die Auswahl der Patienten dient der AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund (Stand 12/2017, in Kraft seit 09.01.2018). Neben den Indikationen enthält der Katalog auch Hinweise zu den speziellen indikationsspezifischen Voraussetzungen und Kontraindikationen.

5. Dauer von Anschlussrehabilitationen

Die Dauer der Anschlussrehabilitation ist abhängig von der Indikation und dem Rehabilitationsverlauf. Sie beträgt regelmäßig drei Wochen. Die Anschlussrehabilitation kann bei einem zu erwartenden positiven Rehabilitationsverlauf verlängert werden. Sie wird verkürzt, wenn das Ziel der Rehabilitation entweder früher oder überhaupt nicht erreicht werden kann.

6. Keine Begutachtungspflicht durch den MDK

Nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V haben die Krankenkassen durch den MDK die Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung prüfen zu lassen. In die Prüfung in Stichproben werden Anträge auf ambulante und stationäre Anschlussrehabilitationen einbezogen. Von der Prüfung in Stichproben kann abgesehen werden, sofern im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung eine ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation erforderlich ist, wenn

a.

die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation vorliegen und die Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung im Rahmen eines AHB-/AR-Verfahrens erfolgt oder

- b. die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation zwar vorliegen, die Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung jedoch z.B. aus medizinischen, persönlichen oder Kapazitätsgründen spätestens innerhalb von sechs Wochen erfolgt (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung vom 02.07.2008).

7. Zuständigkeit

Voraussetzung für Leistungen der Anschlussrehabilitation zulasten des Rentenversicherungsträgers ist, dass der Versicherte die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI erfüllt (Leistungen zur Teilhabe). Erfüllt der Versicherte die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI nicht, leistet die Krankenkasse. Die Krankenkasse erbringt die Anschlussrehabilitation nur nachrangig; nach § 40 Abs. 4 SGB V sind alle anderen Leistungsträger vorrangig leistungspflichtig vor der Krankenkasse.

8. Zuzahlung der Versicherten

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten bei Anschlussrehabilitationen der gesetzlichen Krankenversicherung 10,00 EUR je Kalendertag an die Einrichtung. Dabei sind der An- und Abreisetag als je ein Kalendertag zu berücksichtigen. Die Dauer der Zuzahlungen nach § 61 Satz 2 SGB V ist bei Anschlussrehabilitation auf 28 Tage je Kalenderjahr - einschließlich der Krankenhausbehandlungen im laufenden Kalenderjahr - begrenzt (bei Zuständigkeit der Rentenversicherung auf 14 Tage).

Beispiel:

Krankenhausaufenthalt:	09.01.2022 bis 22.01.2022
Anzahl der Kalendertage:	14 Tage
Höhe der Zuzahlung:	14 × 10,00 EUR = 140,00 EUR
Anschlussrehabilitation:	23.01.2022 bis 10.02.2022
Anzahl der Kalendertage:	19 Tage
gesamte Zuzahlungsdauer:	28 Tage
Anrechnung geleisteter Zuzahlung:	14 Tage
Zuzahlung Anschlussrehabilitation:	14 × 10,00 EUR = 140,00 EUR (bis 05.02.2022)

9. Möglichkeiten der Zuzahlungsbefreiung

Versicherte, die durch die Zuzahlungen unzumutbar belastet werden, können auf Antrag ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Informationen hierzu finden Sie auf der Homepage der jeweiligen Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung .