

Normen

§ 40 SGB V

Kurzinfo

Zur Rehabilitation erhalten erkrankte Versicherte - aus wirtschaftlichen Gründen - zunächst ambulante Leistungen an ihrem Wohnort. Reichen diese nicht aus, übernimmt die Krankenkasse ambulante Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen (Vertraghäuser) oder durch wohnortnahe Einrichtungen (auch als mobile Rehabilitationsleistungen). Leistungen sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI zu erbringen. Reicht auch diese Leistung nicht aus, stellt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung.

Ambulante Leistungen sollen für längstens 20 Behandlungstage, stationäre Leistungen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der GKV-Spitzenverband kann in Leitlinien Indikationen festlegen und diesen jeweils eine Regeldauer zuordnen. Ambulante und stationäre Kuren können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen übernommen werden. Dabei werden entsprechende Maßnahmen anderer öffentlich-rechtlicher Träger angerechnet. Von den Krankenkassen werden Rehabilitationskuren nur erbracht, wenn andere Träger diese nicht leisten können.

Versicherte, die eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 10,00 EUR an die Einrichtung. Wird die Leistung in unmittelbarem Anschluss - spätestens innerhalb von 14 Tagen - an eine Krankenhausbehandlung erbracht (Anschlussrehabilitation), ist die Zuzahlung für längstens 28 Tage je Kalenderjahr zu leisten. Dabei sind die innerhalb des laufenden Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung bei medizinischer Rehabilitation sowie die Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung anzurechnen.

Information

Inhaltsübersicht

1. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
2. Ambulante Rehabilitationsmaßnahme
3. Stationäre Rehabilitationsmaßnahme
4. Wiederholte Rehabilitationsleistungen
5. Leistungsabgrenzung
6. Zuzahlung bei ambulanter und stationärer Rehabilitation
7. Verminderte Zuzahlung gem. § 40 Abs. 7 SGB V

1. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt, um Krankheitsbeschwerden zu erkennen, zu heilen, die Verschlimmerung einer Krankheit zu verhüten oder zu lindern. Ferner dienen die Maßnahmen der Vorbeugung, Beseitigung oder Besserung sowie Verhütung einer Verschlimmerung sowie der Vermeidung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit.

Reichen bei Versicherten ambulante Leistungen nicht aus, erbringen die Krankenkassen ambulante Rehabilitationskuren in Wohnortnähe, wenn das Behandlungsziel nur durch eine komplexe interdisziplinäre Maßnahme zu erreichen ist. Im Unterschied zu den medizinischen Vorsorgeleistungen muss hier bereits eine Krankheit bestehen. Wenn eine ambulante Rehabilitationskur nicht ausreicht, übernimmt die Krankenkasse

die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (= stationäre Rehabilitationsmaßnahmen). Im Übrigen gilt bei Rehabilitationskuren im Wesentlichen Gleiches wie bei Vorsorgekuren. Die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und des MDS i.d.F. vom Juli 2018 definiert Begriffe, beschreibt die Voraussetzungen und Ziele sowie die Inhalte und Indikationen von Rehabilitationsleistungen.

2. Ambulante Rehabilitationsmaßnahme

Leistungen der medizinischen Rehabilitation können nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Rehabilitationsleistungen erbracht werden. Die mobile Rehabilitation ist ein aufsuchendes medizinisches Rehabilitationsangebot und damit eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation. Ein interdisziplinäres Team erbringt Maßnahmen zur Rehabilitation in der Wohnung der Patienten. Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat zur ambulanten Rehabilitation Rahmenempfehlungen veröffentlicht, die im Internet einsehbar sind (www.bar-frankfurt.de). Die Dauer richtet sich grundsätzlich nach der individuellen medizinischen Notwendigkeit. Als Regeldauer ambulanter Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V) gilt die Dauer von längstens 20 Behandlungstagen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn diese aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Anstelle der gesetzlich vorgeschriebenen Regeldauer von längstens 20 Behandlungstagen kann der GKV-Spitzenverband in Leitlinien indikationsspezifische Regeldauern festlegen. Diese wurden bisher nicht erstellt; für die Übergangszeit bis zum Vorliegen der Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer gelten die Aussagen zur gesetzlichen Regeldauer.

Die ambulante Rehabilitation kann durchgeführt werden

- in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht,
- durch wohnortnahe Einrichtungen, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit ambulanter Rehabilitation erforderlich ist.

3. Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Reicht die ambulante Leistung nicht aus, übernimmt die Krankenkasse die stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Abs. 3 SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX angemessen sind. Die Dauer der Maßnahme richtet sich grundsätzlich nach der individuellen medizinischen Notwendigkeit. Als Regeldauer stationärer Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 2 SGB V) gilt die Dauer von längstens drei Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn diese aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Aufgrund der medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten ist die Dauer stationärer Rehabilitationsleistungen für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in der Regel auf vier Wochen festgelegt.

Auf die "Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a SGB V vom 12.05.1999" (Abschnitt 7 der Rahmenempfehlung), die auch Aussagen zur Dauer stationärer Rehabilitationsleistungen für Jugendliche enthält, wird ergänzend verwiesen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat am 15.08.1998 (überarbeitet 2/2008) ein Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche herausgegeben (www.bar-frankfurt.de).

4. Wiederholte Rehabilitationsleistungen

Ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Anzurechnen sind dabei insbesondere

- ambulante Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V),
- stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V),
- Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 1 SGB V),
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 und 15a SGB VI und § 10 ALG ,
- sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB VI und § 10 ALG ,
- sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI und § 10 ALG ,
- stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen (§ 33 SGB VII),
- Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung (§§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 , 12 Abs. 1 BVG),
- Leistungen nach § 48 SGB XII .

5. Leistungsabgrenzung

Die Zuständigkeit der Krankenkasse besteht nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Sozialversicherungsträger, insbesondere der Rentenversicherung (z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund, Regionalträger). Dies gilt auch für sog. Anschlussrehabilitationen, die im Anschluss an eine stationäre Akutbehandlung durchgeführt werden. Darüber hinaus können die Rentenversicherungsträger in bestimmten Fällen auch an Angehörige von Versicherten Kuren gewähren, insbesondere bei schweren Erkrankungen und i.R.d. Kinderheilbehandlung (§ 31 SGB VI). Antragsvordrucke sind bei der Krankenkasse oder den Versicherungsämtern vorrätig.

Die Abgrenzung der Leistungszuständigkeit zwischen Kranken- und Unfallversicherung ist in § 11 Abs. 5 SGB V geregelt.

6. Zuzahlung bei ambulanter und stationärer Rehabilitation

Die Höhe der Zuzahlungen bei ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, beträgt 10,00 EUR je Behandlungstag bzw. Kalendertag. Bei Berechnung der Zuzahlung sind der An- und Abreisetag als je ein Kalendertag zu rechnen.

7. Verminderte Zuzahlung gem. § 40 Abs. 7 SGB V

Die verminderte Zuzahlung nach den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen "Indikationen für die Erhebung der verminderten Zuzahlung gem. § 40 Abs. 7 SGB V bei ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen vom 16.10.1997 in der aktualisierten Fassung" ist längstens für 28 Behandlungstage bzw. Kalendertage zu erheben (ZuzahlReha).

Beispiel:

Dauer der Leistung: 05.03. bis 16.04.

Anzahl der Kalendertage: 43

Höhe der Zuzahlung: $28 \times 10,00 \text{ EUR} = 280,00 \text{ EUR}$ (bis 01.04.)

Bei stationärer Anschlussrehabilitation ist die Zuzahlung ebenso für längstens 28 Behandlungstage im Kalenderjahr zu leisten.

Siehe auch

Kur

Kur - Entgeltfortzahlung

Kur - Rehabilitation (SGB IX)

Kur - Vorsorge

Kur - Zuzahlung

GR 09.12.1988 zu § 40 SGB V , GR 26.11.2003 zu § 40 SGB V , BSG, 25.03.2003 - B 1 KR 33/01 R