

## Kur - Rehabilitation (SGB VI)

---

### Normen

§§ 15 , 15a SGB VI

### Kurzinfo

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in eigenen Einrichtungen oder Vertragshäusern erbracht; sie sollen im Regelfall für längstens drei Wochen zur Verfügung gestellt werden. Die Leistungen werden bewilligt, wenn die Versicherten

- die persönlichen Voraussetzungen erfüllen (ihre Erwerbsfähigkeit ist gefährdet, kann durch die Maßnahme aber erheblich gebessert werden) und
- die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen (Erwerb von Vorversicherungszeiten).

Darüber hinaus erbringen die Träger der Rentenversicherung stationäre Rehabilitationen für Kinder von Versicherten und Rentnern, wenn dadurch eine spätere gesundheitliche Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit wesentlich vermieden werden kann.

### Information

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (umgangssprachlich "Kuren") dienen der Wiedereingliederung von kranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen in Beruf und Gesellschaft. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden i.d.R. von den Rentenversicherungsträgern nach dem SGB VI oder von den Krankenkassen nach dem SGB V erbracht. Ist die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert und liegen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vor, so ist der Rentenversicherungsträger zuständig. Für Leistungen zur Teilhabe haben nach § 11 SGB VI Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

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

- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten (ggf. verlängert um Anrechnungszeiten) oder
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
- vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die tägliche Zuzahlung des Versicherten zu stationären Rehabilitationsleistungen beträgt 10,00 EUR bundeseinheitlich. Für Anschlussheilbehandlungen und ihnen gleichgestellte Indikationen - z.B. Entwöhnungsbehandlungen - liegt sie ebenfalls (bundeseinheitlich) bei 10,00 EUR für längstens 14 Tage pro Kalenderjahr. Auf die Zuzahlung wird bei Erreichen der Belastungsgrenze verzichtet ( Belastungsgrenze ).

Durch das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben sollen Erwerbstätige besser dabei unterstützt werden, individuelle Gesundheitsrisiken, die ihre Erwerbsfähigkeit langfristig gefährden, früh zu erkennen und zu vermeiden. Die Gesundheit und damit zugleich die Erwerbsfähigkeit der Versicherten sollen durch verbesserte Leistungen der Prävention, Rehabilitation und Nachsorge geschützt und gesichert werden, damit sie im Erwerbsleben gesünder älter werden. Dazu wurde ein eigener Titel mit der Überschrift "Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Nachsorge" in das SGB VI eingefügt.

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder von Versicherten und Rentenbeziehern sowie für Kinder, die eine Waisenrente beziehen. Voraussetzung ist, dass hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

Die Leistungen für Kinder werden i.d.R. stationär und für mindestens vier Wochen erbracht; bestimmte Leistungsintervalle bestehen nicht. Um eine einheitliche Rechtsanwendung durch alle Träger der Rentenversicherung sicherzustellen, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund am 29.06.2018 eine gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung erlassen, die insbesondere die Ziele, die persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen näher ausführt.

Auch die Unfallversicherungsträger, Versorgungsämter und Krankenkassen gewähren stationäre Rehabilitationsleistungen.