

Inhaltsübersicht

1. Der Begriff "Kur"
2. Arten von Rehabilitationsmaßnahmen
3. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
4. Rechtsgrundlagen
 - 4.1 § 40 SGB V - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung
 - 4.2 § 15 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung
 - 4.3 § 26 SGB IX - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen

Information

1. Der Begriff "Kur"

Den alten Begriff "Kur" gibt es heute praktisch nicht mehr. Lediglich in der Umgangssprache und in den Wörtern wie Kurort, Kurtaxe, Kurort oder "Kurschatten" wird der Begriff "Kur" noch benutzt. In den einschlägigen Gesetzen ist dagegen nur noch von Vorsorge und Rehabilitation die Rede.

Mit Vorsorgemaßnahmen sollen Krankheiten und Gesundheitsschäden verhütet werden, wenn etwa die Gesundheit erkennbar geschwächt ist oder Risikofaktoren vorliegen, die eine akute Erkrankung nach sich ziehen können.

Zusammengefasst bedeutet Rehabilitation Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben. Ziel ist es, bestehende, oft chronische Gesundheitsprobleme zu beseitigen, abzumildern oder zusätzlich neue Fertigkeiten zu trainieren.

2. Arten von Rehabilitationsmaßnahmen

Bei der Rehabilitation wird differenziert zwischen

- der medizinischen Rehabilitation,
- der beruflichen Rehabilitation, mit der eine Rückkehr in das Arbeitsleben erreicht werden soll, am besten an den alten Arbeitsplatz,
- der sozialen Rehabilitation, die eine Eingliederung in Familie und Gesellschaft anstrebt und
- der schulischen Rehabilitation bei Kindern.

Mit einer Maßnahme können gleichwohl mehrere Ziele angestrebt werden. Wer dem bisherigen Beruf wegen einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr nachgehen kann, kann z.B. Maßnahmen der medizinischen und sozialen Rehabilitation kombinieren. Alle diese Heilbehandlungen bilden inzwischen einen wissenschaftlich hoch spezialisierten Zweig der modernen Medizin.

3. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Abhängig von den verschiedenen Zielen gibt es auch verschiedene Rehabilitationsmaßnahmen:

- **Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen** sind die "klassische" Form der Kur-/Reha-Maßnahme. Hier wird der Versicherte ganztags in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung untergebracht und behandelt. Stationäre Reha-Maßnahmen eignen sich vor allem bei chronischen Gesundheitsstörungen und bei ausgeprägten Risikofaktoren.
- **Ambulante Rehabilitationsleistungen**, aber auch zusammenhängende ambulante Programme gewinnen an Bedeutung, nicht zuletzt aus finanziellen Gründen. Hier verbleibt der Versicherte zu

Hause und wird in einer Einrichtung in der Nähe seines Wohnortes behandelt.

- **Anschlussheilbehandlungen (AHB)** dienen der Nachsorge von akuten Erkrankungen. Nach dem Krankenhausaufenthalt kann der Versicherte in einer spezialisierten Klinik verlorene Fertigkeiten wieder trainieren und lernt auf diesem Wege mit den Belastungen des Alltags- und Berufslebens wieder zurechtzukommen.

4. Rechtsgrundlagen

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Kur = Reha-Maßnahmen sind geregelt im SGB V , SGB VI und im SGB IX .

Unter der jeweils identischen Überschrift "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" regeln § 40 SGB V und § 15 SGB VI i.V.m. § 26 SGB IX für unterschiedliche Personengruppen Folgendes:

4.1 § 40 SGB V - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 c SGB V besteht. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 XI zu erbringen.

(2) Reicht die Leistung nach Abs. 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a 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; für pflegende Angehörige gilt dies nicht, wenn sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ein Vertrag nach § 111a SGB V besteht. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Abs. 1 sowie deren Erledigung durch.

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Abs. 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Leistungen nach Abs. 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Abs. 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Abs. 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 SGB V gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 EUR für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.

(4) Leistungen nach den Abs. 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 SGB VI solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(5) Versicherte, die eine Leistung nach Abs. 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an die

Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Abs. 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sowie die nach § 39 Abs. 4 SGB V geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 SGB V (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Abs. 2 die Zuzahlung nach Abs. 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne dass es sich um Anschlussrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

4.2 § 15 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung

(1) Die Träger der Rentenversicherung erbringen im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 42 bis 47 SGB IX , ausgenommen Leistungen nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 SGB IX . Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz wird nur erbracht, wenn sie unmittelbar und gezielt zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere zur Ausübung des bisherigen Berufs, erforderlich und soweit sie nicht als Leistung der Krankenversicherung oder als Hilfe nach dem Fünften Kapitel des SGB XII zu erbringen ist.

(2) Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 38 SGB IX besteht. Die Einrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein.

(3) Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

...

(9) Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat in Wahrnehmung der ihr zugewiesenen Aufgaben für alle Rehabilitationseinrichtungen, die entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden, folgende verbindliche Entscheidungen herbeizuführen:

- 1. zur näheren inhaltlichen Ausgestaltung der Anforderungen nach § 15 Abs. 7 SGB VI für die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- 2. zu einem verbindlichen, transparenten, nachvollziehbaren und diskriminierungsfreien Vergütungssystem für alle zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen nach § 15 Abs. 3 SGB VI ; dabei sind insbesondere zu berücksichtigen:
 - ◆ a) die Indikation,
 - ◆ b) die Form der Leistungserbringung,
 - ◆ c) spezifische konzeptuelle Aspekte und besondere medizinische Bedarfe,

- ◆ d) ein geeignetes Konzept der Bewertungsrelationen zur Gewichtung der Rehabilitationsleistungen und
 - ◆ e) eine geeignete Datengrundlage für die Kalkulation der Bewertungsrelationen,
- 3. zu den objektiven sozialmedizinischen Kriterien, die für die Bestimmung einer Rehabilitationseinrichtung im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 15 Abs. 6 SGB VI maßgebend sind, um die Leistung für den Versicherten in der nachweislich besten Qualität zu erbringen; dabei sind insbesondere zu berücksichtigen:

- ◆ a) die Indikation,
- ◆ b) die Nebenindikation,
- ◆ c) die unabdingbaren Sonderanforderungen,
- ◆ d) die Qualität der Rehabilitationseinrichtung,
- ◆ e) die Entfernung zum Wohnort und
- ◆ f) die Wartezeit bis zur Aufnahme;

das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 8 SGB IX sowie der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind zu berücksichtigen,

- 4. zum näheren Inhalt und Umfang der Daten der externen Qualitätssicherung bei den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen nach § 15 Abs. 7 SGB VI und deren Form der Veröffentlichung; dabei sollen die Empfehlungen nach § 37 Abs. 1 SGB IX beachtet werden.

Die verbindlichen Entscheidungen zu § 15 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB VI erfolgen bis zum 30. Juni 2023. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitationseinrichtungen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden maßgeblichen Verbände erhalten die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung durch eine geeignete Organisationsform mit dem Ziel einzubeziehen, eine konsensuale Regelung zu erreichen.

(10) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht die Wirksamkeit der Regelungen nach § 15 Abs. 3 bis 9 SGB VI ab dem 1. Januar 2026.

4.3 § 26 SGB IX - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen

- (1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um
 - ◆ 1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
 - ◆ 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.
- (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere
 - ◆ 1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
 - ◆ 2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
 - ◆ 3. Arznei- und Verbandmittel,
 - ◆ 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
 - ◆ 5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - ◆ 6. Hilfsmittel,
 - ◆ 7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.
- (3) Bestandteil der Leistungen nach § 26 Abs. 1 SGB IX sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

- ◆ 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
- ◆ 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
- ◆ 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
- ◆ 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
- ◆ 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
- ◆ 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- ◆ 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.