

## Zu § 40 SGB V Tit. 1 RdSchr. 07e

### Gemeinsames Rundschreiben betr. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG); hier: Leistungsrechtliche Vorschriften

---

## Zu § 40 SGB V

**Titel:** Gemeinsames Rundschreiben betr. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG); hier: Leistungsrechtliche Vorschriften

**Normgeber:** Bund

**Redaktionelle Abkürzung:** RdSchr. 07e

**Gliederungs-Nr.:** [keine Angabe]

**Normtyp:** Rundschreiben

### Zu § 40 SGB V Tit. 1 RdSchr. 07e – Allgemeines

(1) Mit der Neuregelung werden die ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflichtleistung. Damit werden die Ausgaben für diese Leistungen risikostruktureausgleichsfähig. Ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Rehabilitationsziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden (§ 12 SGB V), hat sie die Krankenkasse zu erbringen. Bereits nach dem bis 31. 3. 2007 geltenden Recht [jetzt] hatte die Krankenkasse eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation unter den vorgenannten Voraussetzungen zu erbringen. Insofern tritt bei der verwaltungspraktischen Umsetzung der Neuregelung keine Änderung ein.

(2) Mit der Neuformulierung in § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die mobile Rehabilitation als Sonderform der ambulanten Rehabilitation ausdrücklich ermöglicht.

(3) § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V stellt klar, dass ambulante Rehabilitation, soweit erforderlich, auch für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI in Betracht kommt.

(4) Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen zukünftig über eine Zertifizierung des Qualitätsmanagements nach § 20 Abs. 2a SGB IX verfügen.

(5) Versicherte können zukünftig auch zertifizierte stationäre Rehabilitationseinrichtungen ohne Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V in Anspruch nehmen. Ggf. anfallende Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.

(6) Zur besseren Transparenz haben die Krankenkassen [jetzt] seit 1. 4. 2007 nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über die Antragstellung und Bewilligung von ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 und 2 SGB V durchzuführen. Sofern eine amtliche Statistikverordnung nicht herausgegeben wird, stimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen noch einheitliche Mindestvorgaben für die Antrags- und Bewilligungsstatistik ab.

(7) Die bisherigen Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen, in Leitlinien indikationsspezifische Regeldauern und Indikationen für die verminderte Zuzahlung festzulegen, wird auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. 7. 2008 übertragen. Bis zur Verabschiedung neuer Indikationen für die verminderte Zuzahlung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gilt die bisherige "Indikation für die Erhebung der verminderten Zuzahlung gemäß § 40 Abs. 7 SGB V bei ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen vom 16. 10. 1997, i. d. F. vom 1. 1. 2004" weiter (§ 217f Abs. 5 SGB V). Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer existieren bisher wegen fehlender valider Datengrundlagen nicht.