Medizinische Rehabilitation

Das Wichtigste in Kürze

Medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Ziel der medizinischen Reha ist, die Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu mindern. Sie soll verhindern, dass Menschen eine Behinderung bekommen, pflegebedürftig werden, nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr arbeiten können und/oder auf Sozialleistungen angewiesen sind. Wenn es dafür zu spät ist, soll medizinische Reha diese Probleme beseitigen, verringern, ausgleichen oder zumindest verhindern, dass sie schlimmer werden.

Medizinische Reha verbessert in der Regel das psychische Wohlbefinden und die körperliche Fitness, z.B. durch Gesprächs- und Therapieangebote, Muskelaufbau und Ausdauertraining. Viele Menschen fühlen sich nach einer medizinischer Reha psychisch stabiler und fitter, auch wenn die Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht gelingt. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat meist Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Leistungen medizinischer Reha

Zur medizinischen Rehabilitation zählen z.B.:

- Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt
- Kinderheilbehandlung (Kinderrehabilitation)
- Reha und Kur für Mütter und Väter
- Familienorientierte Rehabilitation
- Frühförderung von Kindern mit Behinderungen und Kindern, die von Behinderung bedroht sind
- Sozialpädiatrische nichtärztliche Leistungen
- Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Geriatrische Rehabilitation für ältere Menschen

Im Zusammenhang mit der medizinischen Reha oder als Teil der medizinischen Reha können viele Behandlungen und Leistungen erbracht werden, z.B. Krankenbehandlung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel. Macht eine Pflegeperson medizinische Reha, kann die sonst von ihr gepflegte Person währenddessen Kurzzeitpflege erhalten.

Ziele medizinischer Reha

Medizinische Reha hat folgende Ziele:

- Verhindern, dass es zu einem oder mehreren der folgenden Probleme kommt:
  - Behinderungen inklusive chronischer Krankheiten
  - Pflegebedürftigkeit
  - Verminderte Erwerbsfähigkeit (wesentlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit, die dazu führt, dass die versicherte Person ihren Beruf nicht mehr normal ausüben kann)
  - auf **Sozialleistungen** angewiesen sein
- Falls schon eines oder mehrere dieser Probleme vorliegen, soll die medizinische Reha sie
  - verringern,
  - ausgleichen
  - oder zumindest verhindern, dass sie schlimmer werden.

Ähnliche Leistungen

Beispiele ähnlicher Leistungen

Es gibt verschiedene Leistungen, die einer medizinischen Reha ähnlich sind, aber nicht unter den Begriff medizinische Reha fallen.

Beispiele:

- Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren und andere Leistungen zur Vorbeugung, Näheres unter Prävention, sind Vorbeugung und nicht Rehabilitation.
- Onkologische Nachsorgeleistungen gehören zu den sog. **sonstigen Leistungen** der Krankenkassen.

Unterschied zwischen Vorsorge und Rehabilitation

Leistungen zur Vorbeugung haben etwas andere Ziele als Reha, auch wenn sich die Ziele zum Teil mit den Zielen medizinischer Rehabilitation (siehe oben) überschneiden:

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

- eine Schwächung der Gesundheit beseitigen, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde
- dagegen wirken, wenn die Gefahr besteht, dass die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes gefährdet ist
- Krankheiten verhüten oder vermeiden, dass sie schlimmer werden
- Pflegebedürftigkeit vermeiden

Sowohl die stationäre Vorsorgekur als auch die stationäre medizinische Reha werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet, weshalb es teils nicht leicht fällt, diese Leistungen zu unterscheiden.

Fallbeispiel:

Herr Maier leidet unter Burnout, zu dem noch keine Krankheiten wie z.B. Depressionen oder Rückenschmerzen hinzugekommen sind. Burnout kann krank machen oder durch Krankheit verursacht werden, ist aber selbst keine Krankheit. Außerdem drohen ihm **derzeit** weder Behinderung noch Pflegebedürftigkeit noch Erwerbsminderung oder Abhängigkeit von Sozialleistung. Ihm kann deshalb **noch keine medizinische Reha** bewilligt werden. Für eine Vorsorgekur reicht es aber aus, dass eine Krankheit droht und die Gesundheit nur geschwächt ist. Herr Maier kann also trotzdem zeitnah auf Kur fahren und muss nicht warten, bis es schlimmer geworden ist.

Zuständigkeit für medizinische Reha

Medizinische Reha wird meist über die Krankenkasse, den Rentenversicherungsträger oder den Unfallversicherungsträger finanziert, seltener durch einen Träger der sozialen Entschädigung, den Träger der Eingliederungshilfe oder den Träger der Jugendhilfe:

- Bei Gesundheitsschäden durch einen versicherten Arbeitsunfall, Wegeunfall oder eine Berufskrankheit ist der Unfallversicherungsträger zuständig.
- Ein Träger der sozialen Entschädigung ist z.B. bei Impfschäden oder bei Gesundheitsschäden wegen Gewalttaten zuständig.
- Geht es um die Wiederherstellung, die Verbesserung oder den Erhalt der Erwerbsfähigkeit, so ist bei lange genug bestehender gesetzlicher Rentenversicherung der Rentenversicherungsträger zuständig.
- Für onkologische Nachsorge (Reha nach Krebs) von Rentnern ist ebenfalls der Rentenversicherungsträger zuständig.
- Die Krankenkasse ist in den meisten anderen Fällen zuständig.
- Wer jedoch keine gesetzliche Krankenversicherung hat und für wen auch kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist, kann medizinische Reha auch über den Träger der Eingliederungshilfe oder im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen vom Träger der Jugendhilfe, vertreten durch das Jugendamt, erhalten.

Näheres unter Rehabilitation > Zuständigkeit.

Voraussetzungen für medizinische Reha

Allgemeine Voraussetzungen für medizinische Reha

Folgende Voraussetzungen müssen bei jedem Träger einer medizinischen Reha erfüllt sein:

- Die Reha-Maßnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die Reha-Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und vom Kostenträger **vorher** genehmigt werden.
- Die Ziele der Reha sind voraussichtlich erreichbar.
- Die Person ist dazu in der Lage, an der Reha teilzunehmen (= Rehafähigkeit).

Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

Für Leistungen der Krankenversicherung oder des Rentenversicherungsträgers gilt:

Zwischen 2 Reha-Maßnahmen – egal ob ambulant oder stationär – muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren).

Ausnahmsweise ist schon früher wieder eine Reha möglich:

- **Krankenkasse:**
  - Ärztliche Berichte oder ein medizinisches Gutachten belegen, dass es medizinisch erforderlich ist, dass die Reha vorher stattfindet.
  - Bei Minderjährigen gilt keine Wartezeit.
- **Rentenversicherung:** Vorzeitige Leistungen sind aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung für medizinische Reha

Unter folgenden 2 persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die medizinische Rehabilitation (§ 10 SGB VI):

1. Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert.
2. Voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

oder
die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden oder es kann verhindert werden, dass sie sich wesentlich verschlechtert
oder
der bisherige Arbeitsplatz kann erhalten werden oder, wenn das nicht geht, kann ein neuer Arbeitsplatz erlangt werden.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung für medizinische Reha

Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Rehabilitation (§ 11 SGB VI):

- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung (bei Anrechnungszeiten wegen Grundsicherungsgeld (früher Bürgergeld) innerhalb eines um diese Anrechnungszeiten verlängerten Zeitraums)
  oder
- innerhalb von 2 Jahren nach einer beendeten Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor
  oder
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente
  oder
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 11 Abs. 3 SGB VI)
  oder
- Erfüllen der Wartezeit von 15 Jahren
  oder
- Erfüllen der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren (§ 50 Abs. 1 SGB VI) bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit.

Ausschluss von Reha-Leistungen der Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die medizinische Reha **nicht** (§§ 12, 13 SGB VI)

- in der Phase einer akut behandlungsbedürftigen Krankheit (vgl. auch Frührehabilitation).
  Ausnahme: bei Behandlungsbedürftigkeit während der medizinischen Rehabilitation.
- anstelle einer ansonsten erforderlichen Krankenhausbehandlung.
- wenn sie **nicht** dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entspricht.
- wenn ein Unfallversicherungsträger oder Träger der sozialen Entschädigung zuständig ist.
- wenn die versicherte Person eine Altersrente (Rente > Rentenarten) von mindestens zwei Drittel der Vollrente bezieht oder beantragt hat. Das bedeutet,
  - die Rentenversicherung ist beim Bezug/Antrag einer Teilrente von bis zu 66,6 % zuständig.
  - Kostenträger bei Bezug/Antrag einer Teilrente ab 66,7 % ist in der Regel die Krankenkasse.
- bei Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- bei Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Versorgungsbezügen.
- bei Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sog. Vorruhestandsleistungen, z.B. Altersübergangsgeld.
- während Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregeln oder einstweiliger Unterbringung (§ 126 a StPO).

Ambulante und stationäre medizinische Reha

Es gibt 2 Arten medizinischer Reha-Maßnahmen, ambulante und stationäre. Letztere werden umgangssprachlich oft Kuren genannt, genau wie die Vorsorgekuren.

Ambulant vor stationär - Grundsatz der Krankenversicherung

Ist die Krankenkasse zuständig, gilt in der Regel: **ambulant vor stationär** (§§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V).

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht (mehr) ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht. Das gilt nicht nur für medizinische Reha, sondern auch für Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren.

Ausnahmen: „Ambulant vor stationär" gilt **nicht** bei

- Reha und Kur für Mütter und Väter.
- Reha und Kur für pflegende Angehörige. Näheres unter Pflegende Angehörige > Entlastung.

Sind andere Kostenträger wie z.B. die Rentenversicherung zuständig, sind stationäre und ambulante medizinische Reha gleichrangig. Medizinische Reha-Maßnahmen der Rentenversicherung finden in der Praxis meist stationär statt und erst langsam entstehen mehr ambulante Angebote.

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen finden wohnortnah statt und **ohne Übernachtung** in einer Reha-Einrichtung:

- **Teilstationäre Reha:** ganztägige Reha mit Übernachtung zu Hause, bei der das Angebot so umfangreich ist, wie bei einer vollstationären Reha
- **Sonstige ambulante Reha:** meist im Umfang von 4–6 Stunden pro Tag in einer Reha-Einrichtung (davor und danach normaler Alltag)
- **Mobiles Reha-Team:** Fachkräfte versorgen zu Hause

Voraussetzungen der Krankenversicherung für ambulante Reha

- Die medizinische Reha ist notwendig, um
  - Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu verhindern
    oder
  - bestehende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.
- Eine ambulante Krankenbehandlung reicht nicht aus, um diese Ziele zu erreichen.

Dauer ambulanter medizinischer Reha als Krankenkassenleistung

Die ambulante Reha-Maßnahme als Krankenversicherungsleistung dauert in der Regel nicht länger als 20 Behandlungstage. Eine **Verlängerung** ist aus medizinischen Gründen möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen

Stationäre Reha-Maßnahmen werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet. Stationär ist die Reha, wenn die Übernachtung in der Reha-Einrichtung stattfindet.

Voraussetzungen stationärer Reha als Krankenkassenleistung

- Die medizinische Reha ist notwendig, um
  - Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu verhindern
    oder
  - bestehende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.
- Eine **ambulante** Reha-Maßnahme (s.o.) reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.

Dauer stationärer Reha als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung

Sie dauern in der Regel **3 Wochen**, bei **Kindern** bis zum 14. Geburtstag **4–6 Wochen**. Eine **Verlängerung** aus medizinischen Gründen ist möglich.

Praxistipps

- Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie während Ihrer Reha eine Haushaltshilfe bekommen.
- Wenn Sie als Pflegeperson eines Angehörigen stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, besteht seit 1.7.2024 ein Rechtsanspruch auf eine Versorgung in derselben Rehaeinrichtung. Die Einrichtung kann, wenn die Versorgung dort nicht sichergestellt ist, auch zugelassene ambulante Pflegedienste zur Versorgung heranziehen oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen.

Antrag und Finanzielles

Antrag auf medizinische Reha

Wer medizinische Reha beantragt, sollte das mit ärztlicher Hilfe tun. Informationen und Praxistipps zur Antragstellung und zur Wahl der Reha-Einrichtung unter Medizinische Rehabilitation > Antrag.

Der Antrag ist an den zuständigen Träger zu richten, im Zweifel an die Krankenkasse. Es ist nicht schlimm, den Antrag beim falschen Träger zu stellen, weil dieser ihn dann an den richtigen Träger weiterleiten muss. Passiert das nicht, muss er die Leistung selbst finanzieren. Näheres unter Rehabilitation > Zuständigkeit.

Urlaub

Ambulante und **stationäre** medizinische Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden. Es besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (§§ 3, 9 EntgeltfortzahlungsG).

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Reisekosten

Reisekosten (z.B. Kosten für die Anfahrt zu einer stationären Reha) übernimmt der Kostenträger, der auch die berufliche oder medizinische Reha finanziert, Näheres unter Reisekosten.

Finanzielle Leistungen während der Reha

Während einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme kann, abhängig vom für die Reha zuständigen Träger und den individuellen Voraussetzungen, Anspruch auf eine der folgenden Leistungen bestehen:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger
- Krankengeld der sozialen Entschädigung
- Grundsicherungsgeld (früher Bürgergeld) vom Jobcenter
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt vom Sozialamt

Zuzahlung

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen von der Krankenkasse oder Rentenversicherung in der Regel Zuzahlungen leisten. Näheres unter Zuzahlungen Krankenversicherung und Zuzahlungen Rentenversicherung.

Praxistipps

- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ können Sie bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos bestellen oder herunterladen.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss der Krankenkassen (G-BA) hat zur medizinischen Rehabilitation die sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23.

Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt je nach Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger, der Unfallversicherungsträger, die Krankenkasse, das Jugendamt, der Träger der Eingliederungshilfe oder der Träger der sozialen Entschädigung.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe mit Informationsangeboten für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und Reha-Träger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen und deren Angehörige können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Verwandte Links

Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation > Antrag

Rehabilitation > Zuständigkeit

Berufliche Reha > Leistungen

Rehabilitation > Phasen A - F

Frührehabilitation

Krankenbehandlung

Rechtsgrundlagen:

- Krankenversicherung: § 40 SGB V
- Rentenversicherung: §§ 15, 32 SGB VI i.V.m. § 42 SGB IX
- Unfallversicherung: §§ 26, 33 SGB VII
- Träger der sozialen Entschädigung: § 62 S. 1 Nr. 4 und S. 4 i.V.m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XIV i.V.m. § 40 SGB V

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

- Träger der Eingliederungshilfe: § 109 i.V.m. § 42 SGB IX
- Träger der Jugendhilfe: § 35a SGB VIII i.V.m. § 109 i.V.m. § 42 SGB IX

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg