

Medizinische Rehabilitation

1. Das Wichtigste in Kürze

Die Medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der [Rehabilitation](#). Sie umfasst Maßnahmen, die auf die **Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands** ausgerichtet sind. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat meist Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

2. Leistungen und Ziele

Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B.:

- [Anschlussheilbehandlung](#) nach Krankenhausaufenthalt
- [Kinderheilbehandlung](#)
- [Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter](#)
- [Familienorientierte Rehabilitation](#)
- [Onkologische Nachsorgeleistungen](#)
- [Frühförderung von Kindern mit Behinderungen](#) und von Behinderung bedrohten Kinder
- [Sozialpädiatrische nichtärztliche Leistungen](#)
- [Sozialmedizinische Nachsorge](#) für Kinder bis 14 Jahre
- [Entwöhnungsbehandlung](#) für Suchtkranke
- [Stufenweise Wiedereingliederung](#)
- [Geriatrische Rehabilitation](#) für ältere Menschen

Im Rahmen der Medizinischen Reha können auch viele weitere Behandlungen und Leistungen erbracht werden, z.B. [Krankenbehandlung](#), [Psychotherapie](#), [Zahnbehandlung](#), [Arznei- und Verbandmittel](#), [Heilmittel](#) oder [Hilfsmittel](#), [Kurzzeitpflege](#).

Ziele der Medizinischen Reha sind:

Vorsorge, um

- die Gesundheit zu stärken und einer absehbaren Erkrankung vorzubeugen.
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken.
- eine [Pflegerbedürftigkeit](#) zu vermeiden.

Reha vollziehen, um

- Krankheiten zu erkennen, zu heilen oder eine Verschlimmerung zu verhüten und/oder Beschwerden zu lindern.
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende Behinderung zu beseitigen, zu verbessern oder ihre Verschlechterung zu vermeiden.
- Pflegerbedürftigkeit zu verringern oder zu vermeiden.
- die Situation um das Gesundheitsproblem ganzheitlich zu erfassen, um Betroffene mit den neuen Voraussetzungen bestmöglichst in Familie, Arbeit und Gesellschaft zu integrieren.

3. Zuständigkeit und Voraussetzungen

Nahezu alle Sozialleistungsträger können unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten der Medizinischen Reha übernehmen. Wird eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, zahlt meist die Krankenkasse. Eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit finanziert meist der Rentenversicherungsträger. Näheres unter [Rehabilitation > Zuständigkeit](#).

3.1. Allgemein gültige Voraussetzungen

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

- Die Reha-Maßnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die Reha-Maßnahme muss vom Arzt verordnet sein und vom Kostenträger **vorher** genehmigt werden.

3.2. Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

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

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert
und
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden
oder
die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden
oder
der Arbeitsplatz kann erhalten werden.

3.3. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

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

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (die Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z.B. Kindererziehungszeiten)
oder
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren (§ 50 Abs. 1 SGB VI) bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit
oder
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung
oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer 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).

3.4. Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Medizinische Reha nicht (§§ 12, 13 SGB VI):

- In der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit (vgl. auch [Frührehabilitation](#)). Ausnahme: bei Behandlungsbedürftigkeit während der Medizinischen Rehabilitation.
- Anstelle einer ansonsten erforderlichen [Krankenhausbehandlung](#) .
- Wenn sie dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entspricht.
- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente ([Rente](#)) von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d.h.: kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- 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).
- Im Ausland. Ausnahme: Wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten ist.

3.5. Wartezeit

Zwischen 2 bezuschussten 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](#)).

Ausnahmen macht die **Krankenkasse** nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

Der **Rentenversicherungsträger** genehmigt Medizinische Reha-Maßnahmen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

4. Ambulante und stationäre Medizinische Reha

Es gibt 2 Arten Medizinischer Reha-Maßnahmen, ambulante und stationäre. Letztere werden umgangssprachlich Kuren genannt.

Grundsätzlich gilt: ambulant vor stationär (§§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V).

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

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

- [Medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter](#),
- [Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren](#) für Mütter und Väter und
- pflegende Angehörige. Näheres unter [Pflegende Angehörige > Entlastung](#).

4.1. Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen führt der Patient wohnortnah durch bzw. nimmt sie in Anspruch. Der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

Voraussetzungen

- Eine ambulante [Krankenbehandlung](#) reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Durchführung der ambulanten Reha-Maßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung. "Wohnortnah" bedeutet maximal 45 Minuten Wegezeit einfach.

Dauer

Die ambulante Reha-Maßnahme dauert längstens 20 Behandlungstage. Eine **Verlängerung** ist aus medizinischen Gründen möglich.

4.2. Stationäre Reha-Maßnahmen

Stationäre Reha-Maßnahmen werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet. Der Patient wohnt für die Zeit der Reha in einer entsprechenden Einrichtung.

Voraussetzungen

- Eine **ambulante** Reha-Maßnahme (s.o.) reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Durchführung der **stationären** Reha-Maßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag.

Dauer

Sie dauern längstens **3 Wochen**. Eine **Verlängerung** aus medizinischen Gründen ist möglich.

Regelung bei **Kindern** bis zum 14. Geburtstag: **4-6 Wochen**.

4.3. Praxistipps

- Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine [Haushaltshilfe](#) gewährt werden.
- Wenn ein pflegender Angehöriger eine stationäre Medizinische Rehabilitation benötigt und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Pflege des Pflegebedürftigen als [Kurzzeitpflege](#) übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt.

5. Richtlinien des GBA (Krankenkassen)

Der [Gemeinsame Bundesausschuss](#) hat zur Medizinischen Rehabilitation sog. Rehabilitations-Richtlinien erstellt. Diese Richtlinien können unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23 heruntergeladen werden.

6. Antrag und Finanzielles

6.1. Antrag

Den Antrag auf eine Medizinische Reha sollte zweckmäßigerweise der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. 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 Zweifelsfall an die Krankenkasse. Details unter [Rehabilitation > Zuständigkeit](#) .

6.2. Urlaub

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

6.3. Anreise

Näheres unter [Reisekosten](#) .

6.4. Finanzielle Leistungen während der Reha

Während einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme kann der Versicherte je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen eine der folgenden Leistungen erhalten:

- [Entgeltfortzahlung](#) vom Arbeitgeber
- [Krankengeld](#) von der Krankenkasse
- [Übergangsgeld](#) vom Rentenversicherungsträger
- [Verletztengeld](#) vom Unfallversicherungsträger

6.5. Zuzahlung

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen 10 € pro Tag zuzahlen. Reha-Leistungen und Anschlussheilbehandlungen der Unfallversicherung sind **zuzahlungsfrei** . Näheres zu anderen Trägern unter [Zuzahlungen Krankenversicherung](#) und [Zuzahlungen Rentenversicherung](#) .

7. Praxistipp

Die Broschüre "Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft" kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > [Service](#) > [Broschüren \[&\] mehr](#) > [Broschüren](#) > [Rehabilitation](#) > [Medizinische Reha: Wie sie Ihnen hilft](#) kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.

8. Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: [Rentenversicherungsträger](#) , [Unfallversicherungsträger](#) , [Krankenkassen](#) , [Jugendamt](#) oder [Sozialamt](#) .

9. Verwandte Links

[Rehabilitation](#)

[Rehabilitation > Antrag](#)

[Rehabilitation > Zuständigkeit](#)

[Berufliche Reha > Leistungen](#)

[Rehabilitation > Phasen](#)

[Schädel-Hirn-Trauma > Kinder](#)

[Frührehabilitation](#)

[Krankenbehandlung](#)

Gesetzesquellen: § 40 SGB V - §§ 15, 32 SGB VI i.V.m. § 42 SGB IX - §§ 26, 33 SGB VII

Redakteurin: Andrea Nagl