

SOZIALVERBAND

VdK

RHEINLAND-PFALZ



Oktober 2014

Rehabilitationsmaßnahmen
der gesetzlichen Krankenkassen

Impressum

Inhalte: Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, September 2014

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	4
II. Gesetzliche Grundlagen	4
III. Ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen	5
1. Ambulante Rehabilitationsleistungen	5
2. Stationäre Rehabilitationsleistungen	5
3. Einzelheiten zur Durchführung.....	6
4. Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten.....	7
5. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen	8
6. Zuzahlungen	9
IV. Anspruch auf Krankengeld	10
V. Anspruch auf Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten	10
VI. Andere Kostenträger	11
VII. Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland	11
VIII. Persönliches Budget	12

I. Einleitung

Nach vielen Erkrankungen oder Eingriffen ist im Anschluss eine weitere Behandlung notwendig, um wieder auf die Beine zu kommen. Dies ist etwa in Form von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen möglich.

Rehabilitationsleistungen werden im allgemeinen Sprachgebrauch oft auch als „Kur“ bezeichnet. Sie können nach schweren Operationen oder auch bei chronischen Erkrankungen in Frage kommen. Aber auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren sowie die geriatrische Rehabilitation zählen zu den speziellen Formen der medizinischen Rehabilitation. Sie haben das grundsätzliche Ziel, unter dem Aspekt der Ganzheitlichkeit die eingeschränkte Gesundheit zu verbessern oder auch deren Folgen zu behandeln und einer drohenden Behinderung oder einer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Im Gegensatz zu Präventionsmaßnahmen (Vorsorgemaßnahmen), die den Krankheiten und drohenden Behinderungen vorbeugen sollen, setzen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei einem bestehenden Gesundheitsschaden an. Nach dem Pflegegesetz haben rechtlich gesehen sowohl Präventionsmaßnahmen als auch Rehabilitationsmaßnahmen Vorrang vor Pflegeleistungen.

Als Rehabilitationsträger werden in Deutschland Institutionen bezeichnet, die Leistungen zur sozialen, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation erbringen, also die Kosten hierfür übernehmen. Zu den Rehabilitationsträgern in Deutschland zählen unter anderem die gesetzliche Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialhilfeträger sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Dieses Thema des Monats widmet sich ausschließlich der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung.

II. Gesetzliche Grundlagen

Oftmals sind die Möglichkeiten von Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen gar nicht vollumfänglich bekannt und auch bei der Bewilligung kommt es immer wieder zu Problemen. Das Gesetz enthält jedoch klare Vorgaben, die letztmals durch das Neuausrichtungsgesetz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 geändert worden sind.

In § 27 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) werden die einzelnen Leistungen der Krankenbehandlung aufgeführt. Versicherte haben hierauf einen Anspruch, wenn diese Leistungen notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen zählen ebenfalls zur Krankenbehandlung. Zudem wird im Gesetz explizit angeführt, dass insbesondere bei der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist.

Nach § 40 SGB V ist zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen zu unterscheiden. Die gesetzliche Vorschrift gilt auch im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Sowohl ambulante als auch stationäre Rehabilitationsleistungen sind Regelleistungen, die nicht mehr im Ermessen der Krankenkassen liegen, sondern seit dem 1. April 2007 Pflichtleistungen sind.

Auch bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen gilt - ebenso wie bei anderen Leistungen der Krankenkasse - das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V. Hier-

nach müssen die Leistungen wirtschaftlich, ausreichend und zweckmäßig sein, zudem dürfen sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

III. Ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen

Es gibt zwei Arten der medizinischen Rehabilitation, die ambulante und die stationäre. Grundsätzlich gilt jedoch: ambulant vor stationär.

1. Ambulante Rehabilitationsleistungen

Bei medizinischer Notwendigkeit hat die Krankenkasse ambulante Rehabilitationsleistungen zu erbringen, etwa wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht. Diese Leistungen werden in Rehabilitationseinrichtungen erbracht, die mit der Krankenkasse einen entsprechenden Versorgungsvertrag geschlossen haben.

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen werden in Wohnortnähe des Patienten durchgeführt. Dieser wohnt zu Hause, geht morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt sie nachmittags oder abends wieder.

Die Zuweisungskriterien für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen lauten wie folgt:

- Das Rehabilitationsziel ist durch eine ambulante Rehabilitation erreichbar.
- Eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung des Versicherten ist nicht erforderlich. Die hausärztliche Versorgung ist außerhalb der Rehabilitationszeiten sichergestellt.
- Der Versicherte verfügt über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität und über ausreichende Aktivitäten zur Selbstversorgung.
- Der Versicherte ist für die ambulante Leistung physisch und psychisch ausreichend belastbar.
- Die Rehabilitationseinrichtung kann in einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden.
- Eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht notwendig.
- Die hauswirtschaftliche Versorgung ist sichergestellt.

Möglich ist auch die Versorgung durch mobile interdisziplinäre Reha-Teams beim Patienten zu Hause. Dieses Angebot gilt insbesondere für multimorbide Patienten (Patienten, die von vielen Krankheiten betroffen sind) mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf.

2. Stationäre Rehabilitationsleistungen

Sofern eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, hat die Krankenkasse eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung zu erbringen. Vor allem bei chronischen Erkrankungen, bei stark ausgeprägter Multimorbidität und bei ausgeprägten Risikofaktoren ist die stationäre Rehabilitationsmaßnahme geeignet. Stationär ist eine Rehabilitation durchzuführen, wenn die Zuweisungskriterien für eine ambulante Rehabilitation nicht sämtlich erfüllt sind.

Um den Qualitätsanforderungen gerecht zu werden, wird die Leistung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbracht, mit der die Krankenkasse einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten unter Umständen selbst zu tragen.

Der Patient wohnt für die Zeit der Rehabilitation in einer entsprechenden Einrichtung. Die als Kur bezeichneten Maßnahmen sind eindeutig von der Krankenhausbehandlung abzugrenzen. Während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme steht die Versorgung eines Patienten zwar auch - wie bei einer Krankenhausbehandlung - unter ärztlicher Verantwortung und erfolgt nach einem festgelegten ärztlichen Behandlungsplan. In erster Linie geht es hier jedoch darum, auch die seelischen und geistigen Abwehr- und Heilungskräfte aufzubauen und durch die Anwendung von Heilmitteln positiv zu beeinflussen. Außerdem sind stationäre Rehabilitationsmaßnahmen auch zur Nachbehandlung schwerer Erkrankungen, wie beispielsweise Herzinfarkten oder Krebserkrankungen, vorgesehen. Die pflegerischen und ärztlichen Maßnahmen sind hier als gleichwertig zu betrachten. Entscheidend ist die Frühmobilisierung und Rehabilitationsfähigkeit eines Patienten.

Während einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige besteht für die Pflegebedürftigen nach § 42 Abs. 4 SGB XI ein Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Rehabilitationsleistungen erbringen. Diese können dann in Frage kommen, wenn eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege erforderlich ist.

Lehnt eine Krankenkasse die Gewährung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen ab, weil die Behandlung nicht notwendig sei und die Möglichkeiten ambulanter Behandlungen noch nicht ausgeschöpft seien, muss die Krankenkasse alle damit zusammenhängenden medizinischen Fragen klären.

Eine weitere Form der Rehabilitation ist die Anschlussrehabilitation, die sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt. Von der Intention her handelt es sich hierbei um zumeist stationäre Maßnahmen, da die Anschlussrehabilitation einen möglichst nahtlosen Anschluss an eine Akutbehandlung im Krankenhaus in einer speziell dafür vorgesehenen Rehabilitationseinrichtung gewähren will.

3. Einzelheiten zur Durchführung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden entweder vom behandelnden Arzt des Versicherten oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei der Krankenkasse angeregt. Der Vorschlag des MDK kann dabei anlässlich einer anderweitigen Untersuchung durch den MDK oder gezielt auf Anforderung der Krankenkasse erfolgen. Die Begutachtung durch den MDK erfolgt nach den einheitlich geltenden Begutachtungs-Richtlinien, sodass die gesetzlich garantierten Ansprüche der Versicherten bei allen Krankenkassen gleichermaßen umgesetzt werden. Maßgeblich sind hierbei medizinische Indikationskriterien und die einzelfallabhängigen individuellen Kriterien. Nach den Richtlinien ist eine Rehabilitationsleistung zu erbringen, wenn bei Vorliegen einer Krankheit und deren Auswirkungen alle nachfolgenden Kriterien erfüllt sind:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose.

Den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls entsprechend bestimmt die jeweilige Krankenkasse Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Zudem gibt sie die Rehabilitationseinrichtung vor. Bei allen Entscheidungen sollte die Krankenkasse pflichtgemäßes Ermessen ausüben und sowohl die besonderen Belange des Versicherten als auch die der pflegenden Angehörigen berücksichtigen.

Ambulante Maßnahmen werden für längstens 20 Behandlungstage, stationäre Maßnahmen für längstens drei Wochen erbracht. Eine Verlängerung ist möglich, wenn diese aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für fünf bis sechs Wochen erbracht werden.

Wurde eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme auf Kosten der Krankenkasse erbracht, ist eine weitere Durchführung solcher oder ähnlicher Maßnahmen vor Ablauf von vier Jahren ausgeschlossen. Der Vier-Jahres-Zeitraum beginnt am ersten Tag nach der Entlassung aus der medizinischen Rehabilitationsbehandlung. Eine Ausnahme ist nur dann möglich, wenn eine vorzeitige Leistung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

4. Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten

In der Praxis kommt es immer wieder zu Streitigkeiten zwischen Versicherten und Krankenkassen, weil sich Versicherte auf das Wahlrecht berufen und einen bestimmten Kurort für die Durchführung der Maßnahmen wünschen.

Das Wunsch- und Wahlrecht gilt jedoch nicht uneingeschränkt. Zwar können sich Versicherte seit der Gesetzesänderung 2007 auch eine Einrichtung ohne Versorgungsvertrag wählen, wenn sie die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Auf Einrichtungen mit Versorgungsvertrag ist diese Änderung laut Entscheidungen des Bundessozialgerichts jedoch nicht übertragbar. Wählt demnach ein Patient eine Klinik, die zwar einen Versorgungsvertrag mit der Krankenkasse hat, von dieser aber nicht vorgeschlagen wurde, ist die Wahlfreiheit eingeschränkt. Das gilt selbst dann, wenn Patienten bereit sind, eventuelle Mehrkosten selbst zu tragen. Die Krankenkasse muss somit die Kosten auch nicht anteilig tragen, wie sie in den von ihnen vorgeschlagenen Kliniken angefallen wären.¹

Laut Gesetz ist es Sache der Krankenkasse, die Rehabilitationseinrichtung auszuwählen und dabei die Belange und auch Wünsche der Versicherten zu berücksichtigen. Begründet wird die Vorschlagsregelung seitens des Bundessozialgerichts damit, dass eine gleichmäßige Auslastung der Vertragskliniken gewährleistet werden soll.

¹ BSG-Urteile, Az.: B 1 KR 12/12 R, B 1 KR 53/12 R.

Entsprechende Vorstellungen sollten Versicherte daher frühzeitig äußern. Sie sollten zunächst besonders auf die Qualität der medizinisch-therapeutischen Leistungen, den Service, die Ausstattung und die Lage der Klinik achten. Es dürfen keine medizinischen Gründe gegen die Wunschklinik sprechen. Patienten sollten sich also rechtzeitig vor einer Rehabilitation bei ihrem Arzt, bei Beratungsstellen der Rehabilitationsträger, beim Sozialdienst im Krankenhaus oder im Internet darüber informieren, welche Klinik besonders geeignet erscheint.

Bereits bei der Antragstellung beziehungsweise bei Vorliegen eines ärztlichen Attests sollte der behandelnde Arzt sowohl gegenüber dem MDK als auch der Krankenkasse einen entsprechenden Vorschlag vermerken und möglichst medizinisch begründen. Sofern es sich um eine Vertragseinrichtung handelt und die medizinisch erforderlichen Maßnahmen dort durchgeführt werden, können die Krankenkassen im Rahmen ihrer Ermessensausübung durchaus diesen Wünschen folgen.

Andernfalls besteht die Möglichkeit, dass der Versicherte gegen den nicht befriedigenden Bescheid mittels Widerspruch vorgeht. Versicherte, die also mit den vorgeschlagenen Reha-Kliniken nicht einverstanden sind, sollten gute medizinische und auch private Gründe für ihr Widerspruchsverfahren sammeln. Wird dem Wunsch auch dann nicht entsprochen, bleibt nur die Möglichkeit der Klage oder auf eine Klinik auszuweichen, die keinen Versorgungsvertrag mit den Kassen hat. Soweit es sich um eine zertifizierte Klinik handelt, muss die Kasse dann zumindest die Kosten anteilig übernehmen, wie sie in einer günstigen Vertragsklinik angefallen wären.

5. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen

Gerade Mütter und Väter sind aufgrund ihrer Mehrfachbelastung (Beruf, Familie, Haushalt etc.) vielen körperlichen wie seelischen Belastungen ausgesetzt, welche eine Krankheit bedingen können. Für Mütter und Väter gibt es daher besondere Leistungen. Mütter- oder Väter-Maßnahmen, Mutter-Kind- sowie Vater-Kind-Maßnahmen als stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation sind inzwischen Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Bis 2007 handelte es sich hierbei noch um Ermessensleistungen der Krankenkassen.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt bei dieser Leistungsart nicht, so dass die ambulanten Leistungen nicht ausgeschöpft sein müssen. Einen Anspruch auf eine medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme haben somit grundsätzlich Frauen und Männer in einer Familienverantwortung, sofern die Leistung angezeigt ist und ärztlicherseits die medizinische Notwendigkeit durch ein Attest belegt wird.

Derartige Leistungen können von versicherten Müttern und Vätern nachgefragt werden, die

- leibliche Kinder,
- Adoptivkinder,
- Stiefkinder,
- Pflegekinder,
- Enkelkinder (bei überwiegender Erziehungsverantwortung der Großeltern) oder
- Kinder in „Patchworkfamilien“

aktuell betreuen und erziehen. Grundsätzlich kann von einer aktuellen Erziehungsverantwortung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes ausgegangen werden. In Einzelfällen kann auch darüber hinaus eine Erziehungsverantwortung bestehen. Bei im Haushalt lebenden, behinderten Kindern reicht die Erziehungsverantwortung meistens über das 18. Lebensjahr hinaus.

Eine Rehabilitation kommt in Betracht, wenn aufgrund einer gesundheitlichen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder diese bereits bestehen und ein komplexer Behandlungsansatz erforderlich ist.

Die Krankenkasse prüft die eingehenden Leistungsanträge und kann stichprobenartig noch eine Prüfung durch den MDK veranlassen. Das Stichprobenverfahren wird von den Krankenkassen festgelegt.

Die Leistungen werden durch eine Einrichtung des Deutschen Müttergenesungswerkes oder einer ähnlichen Einrichtung eines anderen Trägers erbracht.

Obwohl bei diesen Maßnahmen der Grundsatz „ambulant vor stationär“ keine Anwendung findet, werden in der Praxis nachweislich viele Anträge mit diesem Argument abgelehnt. Es kommt immer wieder zu Leistungsverweigerungen, sodass den Versicherten in diesen Fällen nur die Möglichkeit des Widerspruchs bleibt. Wenn auch das Widerspruchsverfahren erfolglos bleibt, ist der Weg zum Sozialgericht eröffnet.

6. Zuzahlungen

Versicherte, die eine ambulante oder stationäre Leistung in Anspruch nehmen und das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen je Kalender- bzw. Behandlungstag zehn Euro Zuzahlung leisten. Dasselbe gilt auch für Mutter-Kind- und Vater-Kind-Kuren.

Werden Rehabilitationsmaßnahmen aus medizinischen Gründen unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt, werden zehn Euro pro Kalendertag für längstens 28 Kalendertage gefordert.

Patienten müssen im Kalenderjahr nur Zuzahlungen bis zu ihrer individuellen Belastungsgrenze erbringen. Das sind zwei Prozent der jährlichen Familien-Bruttoeinnahmen. Bei schwerwiegend chronisch erkrankten Menschen liegt die Grenze dagegen bei nur einem Prozent. Wenn die individuelle Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Befreiung von allen weiteren Zuzahlungen stellen.

Nach allgemeiner Auffassung besteht die Zuzahlungspflicht auch für Urlaubstage während der Rehabilitationsmaßnahme. Die Zuzahlung entfällt, wenn die Entlassung aus dem Krankenhaus vor dem Jahreswechsel erfolgt, die Zuzahlungsdauer bereits erschöpft ist und die sich ergänzend anschließende Maßnahme mit einer Unterbrechung von nicht mehr als 28 Tage im neuen Kalenderjahr begonnen wird.

Die Zuzahlungspflicht gilt für jeden Behandlungstag, einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag. Für die Anreise zu stationären Vorsorgeleistungen fallen für die einfache Fahrt eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent - mindestens fünf und höchstens zehn Euro - der Kosten an. Bei Fahrten zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen muss zu den Fahrkosten in der Regel nichts zugezahlt werden.

Zuzahlungen, die bereits innerhalb des Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistet wurden - etwa anlässlich einer stationären Rehabilitationsmaßnahme - sind anzurechnen.

IV. Anspruch auf Krankengeld

Während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beziehungsweise für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit besteht ein Anspruch auf Krankengeld, sofern die Krankenkasse der Leistungsträger ist. Es wird für jeden Kalendertag gezahlt und berechnet sich aus dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt oder bei Selbständigen mit Anspruch auf Krankengeld aus dem Arbeitseinkommen. Bei Arbeitslosengeld 1-Beziehern entspricht die Krankengeldhöhe dem Arbeitslosengeld.

V. Anspruch auf Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten

Nach § 38 SGB V wird Haushaltshilfe geleistet, wenn:

- dem Leistungsempfänger wegen der Teilnahme an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist,
- eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
- im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Darüber hinaus kann Haushaltshilfe auch in anderen, speziell in der Satzung aufgeführten Fällen erbracht werden. Die Erbringung der Leistung erfolgt grundsätzlich als Dienstleistung durch Vertragspartner der Krankenkasse. Anstatt einer von der Krankenkasse gestellten Haushaltshilfe kann sich der Versicherte auch eine Ersatzkraft selbst beschaffen und eine Erstattung für die aufgewendeten Kosten in angemessener Höhe beantragen. Bei Verwandten bis zum zweiten Grad kann eine Kostenerstattung allerdings nur für den Verdienstaufschlag und die Fahrkosten erfolgen, wenn diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

Versicherte ab dem 18. Lebensjahr haben eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent der Haushaltshilfekosten, je Tag aber mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro zu tragen.

Kommt eine Mitnahme des Kindes an den Rehabilitationsort in Betracht, weil eine anderweitige Betreuung nicht sichergestellt werden kann, kann die Krankenkasse an Stelle der Haushaltshilfe die Kosten der Unterbringung am Rehabilitationsort bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernehmen (§ 54 Abs. 2 SGB IX).

VI. Andere Kostenträger

Welcher Träger für die Kostenübernahme im Einzelfall zuständig ist, hängt im Wesentlichen nicht von der Art der Durchführung, sondern vom Behandlungsziel und den Krankheitsursachen ab.² Die medizinische Beurteilung kann der behandelnde Arzt treffen.

Die Krankenkassen sind vor allem für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und für die spezifischen Mutter-/Vater-Kind-Leistungen und Kinderheilbehandlungen zuständig.

In der Regel ist die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse jedoch nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Sozialversicherungsträger, insbesondere der Rentenversicherung. So wird zum Beispiel eine medizinische Rehabilitation bei langjährig Erwerbstätigen in der Regel durch den Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die Rentenversicherungsträger verfolgen das Ziel, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen. Rehabilitation kann hiernach alles sein, was dieses Ziel erreichen kann. Es gilt hier der Grundsatz „Reha vor Rente“. Vorgenanntem Grundsatz nach soll die Erwerbsfähigkeit also solange wie möglich erhalten werden. Ist eine stationäre Maßnahme als Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung erforderlich, so ist bei Personen, die sowohl kranken- als auch rentenversichert sind, zumeist der Rentenversicherungsträger zuständig. Besonderheiten bezüglich der Zuständigkeit von Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger sind allerdings bei Abhängigkeitserkrankungen zu beachten.

Als beispielhaft genannte weitere Kostenträger kommen unter anderem auch die Berufsgenossenschaften in Betracht. Letztgenannte sind für die Rehabilitation nach Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheiten als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zuständig.

Hat man den Rehabilitationsantrag bei einem falschen Kostenträger gestellt, so hat dieser den Antrag an den zuständigen Träger weiterzuleiten. Bei den Vorsorgeleistungen (ambulante und stationäre Vorsorgekuren) besteht hingegen keine Weiterleitungsverpflichtung der unzuständigen Behörde. Diesbezüglich können sich Patienten an ihre Krankenkasse wenden.

VII. Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland

Solange sich Versicherte im Ausland aufhalten, ruht der Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse in der Regel. Dies gilt auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt, wie zum Beispiel während des Urlaubs.

Kurorte und -anwendungen gibt es jedoch auch zahlreich im Ausland. Bei Aufenthalten in einem Land der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums sowie Staaten mit einem Sozialversicherungsabkommen können die Leistungsansprüche bestehen bleiben. Hierfür müssen die Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland allerdings dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und eine entsprechende Krankheitsbehandlung im Inland nicht möglich

² BSG Urteil vom 15. November 1989. Az.: 5 RJ 1/89.

oder nicht erfolgreich sein. Der MDK prüft in diesen Fällen, ob die Behandlung nur außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuchs möglich ist und die Krankenkasse die Kosten hierfür übernehmen muss. Die endgültige Entscheidung bezüglich der Leistungsgewährung trifft jedoch die jeweils zuständige Krankenkasse. Allgemein gelten folgende Voraussetzungen:

- Antragstellung bei der Krankenkasse vor Kurantritt,
- der Arzt des Wohnortes bescheinigt die medizinische Notwendigkeit,
- der MDK bestätigt der Krankenkasse die medizinische Notwendigkeit ebenfalls.

Zudem wird eine Kur seitens der Krankenkasse im Ausland meist nur gewährt, wenn

- das medizinische Personal am Kurort die deutsche Sprache versteht,
- der Kurort „medizinisch sinnvoll“ gewählt worden ist,
- der Kurort oder das Heilbad anerkannt ist,
- die Qualität der Behandlung der Qualität einer Behandlung in Deutschland nicht nachsteht.

Sollte eine Kur im Ausland in Betracht gezogen werden, ist es empfehlenswert, sich vor der Kurplanung bei der eigenen Krankenkasse näher hinsichtlich der Voraussetzungen und der Kostenübernahme zu informieren. Meist haben die Krankenkassen Kooperationsverträge mit Kurkliniken oder Kurhotels im europäischen Ausland abgeschlossen und können in Frage kommende Orte und Einrichtungen konkret benennen.

VIII. Persönliches Budget

Rehabilitationsmaßnahmen gehören auch zu Leistungen der Teilhabe. Der zuständige Rehabilitationsträger kann diese Leistungen allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern ausführen beziehungsweise diese beauftragen. Sind die Krankenkassen zuständig, müssen auch sie die Vorschriften über das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX beachten, sofern sich Versicherte hierfür entschieden haben.

In der Regel werden Persönliche Budgets als Geldleistungen ausgeführt, in begründeten Fällen in Form von Gutscheinen. Sie werden so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird. Der Versicherte beschafft sich dann mit den gezahlten Beträgen die notwendigen Leistungen selbst. Im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen wird das Persönliche Budget allerdings eher selten genutzt.