



## REHABILITATIONSLEISTUNGEN

# Rehabilitation

Die gesundheitliche Versorgung gliedert sich gegenwärtig in drei wesentliche Bereiche: Die Primärversorgung (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte), die Akutversorgung (stationäre Versorgung im Krankenhaus) und die Rehabilitation. Ob nach einem Schlaganfall oder nach einem Herzinfarkt, nach einer Tumorentfernung oder einer Hüftoperation - es gibt eine Reihe medizinischer Eingriffe, die eine systematische und umfassende Rehabilitation erfordern. Ihr Ziel ist es, die Patientin oder den Patienten bei der Wiedererlangung oder dem Erhalt körperlicher, beruflicher oder sozialer Fähigkeiten zu unterstützen. Rehabilitation hat aber auch zum Ziel, Beeinträchtigungen und Einschränkungen abzuwenden, die sich als bleibende Folge von chronischen Erkrankungen oder Unfällen einstellen.

Man unterscheidet drei Rehabilitationsleistungen:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel, möglichen Behinderungen oder möglicher Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie zu beseitigen oder Verschlimmerungen zu verhüten.
- Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, die eine Eingliederung der Patientin oder des Patienten in das Arbeitsleben fördern.
- Leistungen zur sozialen Rehabilitation, welche die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern. Sie zielen auf die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten.

Rehabilitationsleistungen sind in Deutschland Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Neben der Behandlung durch den niedergelassenen Arzt und der Behandlung im Krankenhaus ist die Rehabilitation ein fester Bestandteil der Behandlungskette. Für viele Erkrankungen gewährleistet nur die enge Verzahnung dieser Kette eine optimale Versorgung.

Rehabilitation hat nicht nur zum Ziel, die körperliche, berufliche und soziale Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu erhalten oder zu fördern; sie fördert auch die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Krankheits- und Lebensbewältigung. Die Patientinnen und Patienten lernen, sich so zu verhalten, dass weitere akute Krankheitszustände nach Möglichkeit nicht auftreten und chronische Störungen in ihren Auswirkungen so gut wie möglich begrenzt oder beherrscht werden können. Dabei ist

es ein besonderes Anliegen, dass ältere Menschen nicht zu früh in die Pflege "abgeschoben" werden, sondern mithilfe der geriatrischen Rehabilitation so lange wie möglich aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Aber nicht nur die geriatrische Rehabilitation, sondern die gesamte medizinische Rehabilitation sind Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenkassen.

Die stationären Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, sich hinsichtlich ihrer Maßnahmen zur Qualitätssicherung von einer unabhängigen Einrichtung zertifizieren zu lassen. Die Versicherten können Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die zugelassen und zertifiziert sind, eigenständig auswählen. Etwaige Mehrkosten müssen sie jedoch selbst zahlen.

### [Nach oben](#)

## Wer hilft mir, im Krankheitsfall wieder auf die Beine zu kommen?

Während die Prävention ein hohes Maß an Eigeninitiative und Eigenverantwortung voraussetzt, sollen Vorsorgeleistungen wie Kuren oder Krankengymnastik eine geschwächte Gesundheit wieder kräftigen. So kann eine ernsthafte Erkrankung verhütet oder die Verschlimmerung einer bereits bestehenden Krankheit oder gar Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen sind in der Regel Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung, während Rehabilitationsleistungen Aufgabe der Krankenversicherung, der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung sind.

Vorsorgen können Sie entweder ambulant oder stationär. Bei ambulanten Vorsorgemaßnahmen werden bestimmte Angebote am Kurort genutzt (beispielsweise Heilquellen, medizinische Behandlungen oder sonstige Therapien). Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen können Sie auch in speziellen Einrichtungen wohnortnah in Anspruch nehmen. Stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen finden Sie in speziellen Einrichtungen. Dort werden Sie nicht nur behandelt und versorgt, Sie wohnen auch dort. Weitere Informationen zu den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

## Welchen Anspruch auf Rehabilitation habe ich?

Alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenkassen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Hierzu zählen auch Leistungen der geriatrischen Rehabilitation. Denn auch ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben. Die geriatrische Rehabilitation kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Ein Schwerpunkt der geriatrischen Rehabilitation liegt auf dem Einsatz mobiler Reha-Teams. Wer bereits pflegebedürftig ist, kann auch zum Beispiel in stationären Pflegeeinrichtungen Rehabilitationsleistungen erhalten.

## Welchen Anspruch habe ich als Mutter oder als Vater?

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter, die sogenannten Mutter-/Vater-Kind-Kuren, sind ebenfalls Pflichtleistungen der Krankenkassen. Das bedeutet: Wenn solche Maßnahmen medizinisch notwendig sind, müssen sie von der Krankenkasse bezahlt werden. Auskünfte erhalten Sie bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt oder beim Müttergenesungswerk.

## Wie lange und wie oft stehen mir Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge zu?

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen dauern in der Regel drei Wochen, ambulante Rehabilitationsleistungen längstens 20 Behandlungstage. Die Regeldauer von stationären Vorsorgemaßnahmen für Kinder unter 14 Jahren beträgt vier bis sechs Wochen. Bei begründeter medizinischer Notwendigkeit kann eine Verlängerung der Vorsorge- oder der Rehabilitationsleistung in Betracht kommen und beantragt werden. Sprechen Sie darüber mit der behandelnden Ärztin oder dem Arzt sowie mit Ihrer Krankenkasse.

## Kann ich meine Reha-Einrichtung selbst auswählen?

Sie können Ihrer Krankenkasse Ihre Wünsche bezüglich einer bestimmten Reha-Einrichtung mitteilen. Wenn diese Einrichtung nach medizinischen Gesichtspunkten geeignet ist und Ihre Wünsche Ihrer persönlichen Lebenssituation, Ihrem Alter, der Familie oder religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen Rechnung tragen, hat die Krankenkasse diesen Wünschen zu entsprechen. Bei der Entscheidung über die Einrichtung sind natürlich auch Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen. Etwas anderes gilt für Einrichtungen, die mit der Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag haben: Solche Einrichtungen können Sie ohne besondere Begründung wählen. Ist die von Ihnen gewählte Einrichtung allerdings teurer, müssen Sie in diesen Fällen die Mehrkosten selbst tragen. Und: Diese Wahlfreiheit gilt nur dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung – nicht aber die Unfall- oder Rentenversicherung – für die Reha-Maßnahme zuständig ist.

## Was zahlt die Kasse, was muss ich zuzahlen?

Grundsätzlich haben alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen, also auch Rentnerinnen, Rentner und mitversicherte Ehepartner, Jugendliche und Kinder, Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Sie müssen aber beachten, dass ein anderer Leistungsträger (Rentenversicherung, Unfallversicherung) vorrangig zuständig sein kann.

Dies gilt insbesondere für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt oder gefährdet ist. Bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation müssen Sie pro Tag zehn Euro zuzahlen. Bei Anschlussheilbehandlungen nach einer stationären Behandlung oder bei bestimmten, festgelegten Indikationen wie etwa Sucht oder psychischer Erkrankung sind diese Zuzahlungen auf 28 Tage begrenzt. Bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen werden Ihnen hier angerechnet.

### Beispiel

18 Tage Krankenhaus + 22 Tage Anschlussrehabilitation = 40 Tage

Zuzahlung: nur 28 Tage x 10 Euro = 280 Euro

Bei ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten für kurärztliche Behandlungen (einschließlich der verordneten Arzneimittel), kurortspezifische Heilmittel, spezifische Heilmittel und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Ihre Krankenkasse kann Ihnen zu den übrigen Kosten, die im Zusammenhang mit den ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen entstehen, einen finanziellen Zuschuss gewähren. Wenn Sie älter als 18 Jahre sind, müssen Sie jedoch Zuzahlungen leisten, beispielsweise für Heilmittel oder Arzneimittel. Außerdem müssen Sie bei einer ambulanten Rehabilitation für jeden Tag zehn Euro zuzahlen.

Grundsätzlich gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen. Eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen ist nicht möglich. Sobald Sie jedoch Ihre Belastungsgrenze erreicht haben – zwei Prozent ihrer Bruttoeinnahmen oder ein Prozent, wenn Sie schwerwiegend chronisch krank sind –, werden Sie für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.

[Nach oben](#)



