

99134020080000

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Krankenversicherte Gewährung

Heruntergeladen am 27.06.2025

<https://fimportal.de/services/99134020080000>

Modul	Sachverhalt
Leistungsschlüssel	99134020080000
Leistungsbezeichnung I	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Krankenversicherte Gewährung
Leistungsbezeichnung II	
Typisierung	2/3 - Bund: Regelung (2 oder 3), Land/Kommune: Vollzug
Quellredaktion	Baustein Leistungen
Freigabestatus Katalog	fachlich freigegeben (gold)
Freigabestatus Bibliothek	fachlich freigegeben (silber)
Begriffe im Kontext	medizinische Rehabilitation, Krankenkassenleistung, Kassenleistung
Leistungstyp	Leistungsobjekt mit Verrichtung
Leistungsgruppierung	Krankenversicherung (134)
Verrichtungskennung	Gewährung (080)

Modul	Sachverhalt
SDG-Informationsbereich	nicht SDG-relevant
Lagen Portalverbund	Krankheit (1130200)
Einheitlicher Ansprechpartner	
Fachlich freigegeben am	27.11.2020
Fachlich freigegeben durch	Niedersächsisches Ministerium Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Handlungsgrundlage	https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_40.html
Teaser	Eine Rehabilitation kann Ihnen helfen, den dauerhaften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder mit den Folgen besser zurechtzukommen.
Volltext	Eine Rehabilitation kann Ihnen helfen, den dauerhaften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder mit den Folgen besser zurechtzukommen. Damit Ihre Krankenkasse die Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme trägt, müssen Sie gesetzlich krankenversichert sein. Ihre Krankenkasse prüft zunächst, ob ein anderer Leistungsträger vorrangig zuständig ist. Bei Erwerbstätigen finanziert zum Beispiel die Rentenversicherung notwendige Rehabilitationsleistungen. Reha-Leistungen für Rentnerinnen und Rentner, Mütter oder Väter mit Kindern sowie für Pflegebedürftige fallen in der Regel in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Rehabilitationsleistungen müssen von Ihnen beantragt werden. Meist erfolgt die Antragstellung nach einer Akut-Behandlung im Krankenhaus durch den Sozialdienst zusammen mit Ihnen (Anschlussrehabilitation). Auch Ihre behandelnden Ärzte können eine medizinische Rehabilitation anregen und eine ärztliche

Modul	Sachverhalt
	Verordnung für die Beantragung ausstellen.
Erforderliche Unterlagen	• Sie müssen bei Ihrer Krankenkasse einen formlosen Antrag stellen. • Ihre Krankenkasse prüft, ob die Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation erfüllt sind
Voraussetzungen	• Rehabilitationsbedürftigkeit: Ihre Leistungsfähigkeit ist beeinträchtigt und kann mit einzelnen Maßnahmen, wie Krankengymnastik und Ergotherapie, nicht wiederhergestellt werden. • Rehabilitationsfähigkeit: Sie sind rehabilitationsfähig, d. h. Sie sind so weit belastbar, dass notwendige Behandlungen durchgeführt werden können. • Positive Rehabilitationsprognose: Sie können individuelle Rehabilitationsziele nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich erreichen.
Kosten	• Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen eine Zuzahlung: in der ambulanten Reha pro Behandlungstag und in der stationären Reha pro Kalendertag jeweils 10 Euro. • Die Zuzahlung wird für längstens 42 Kalendertage im Jahr berechnet. Sie wird direkt an die Rehabilitationseinrichtung gezahlt. • Bei einer Anschlussrehabilitation unmittelbar nach einer Krankenhausbehandlung müssen Sie für längstens 28 Tage zuzahlen. Zuzahlungen, die Sie innerhalb eines Kalenderjahres bereits für eine andere Rehabilitation oder eine stationäre Krankenhausbehandlung geleistet haben, werden angerechnet • Verfügen Sie über ein geringes oder kein Einkommen, können Sie auf Antrag von der Zuzahlung befreit werden. Bitte wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.
Verfahrensablauf	
Bearbeitungsdauer	Die Krankenkasse muss innerhalb von 2 Monaten über Anträge auf Rehabilitationsleistungen entscheiden.
Frist	Grundsätzlich haben Sie erst nach Ablauf von 4 Jahren erneut Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation. Ausnahme: Eine Rehabilitation kann innerhalb der Vierjahresfrist bewilligt werden, wenn sie aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Modul	Sachverhalt
weiterführende Informationen	
Hinweise	
Rechtsbehelf	Sie können gegen die Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch einlegen. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, können Sie beim zuständigen Sozialgericht klagen.
Kurztext	Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme bewilligt werden kann: • Rehabilitationsbedürftigkeit: die Leistungsfähigkeit ist beeinträchtigt und kann mit einzelnen Maßnahmen, wie Krankengymnastik und Ergotherapie, nicht wiederhergestellt werden. • Rehabilitationsfähigkeit: Patient ist rehabilitationsfähig, d. h. so weit belastbar, dass notwendige Behandlungen durchgeführt werden können. • Positive Rehabilitationsprognose: Patient kann individuelle Rehabilitationsziele nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich erreichen. • Die Krankenkasse prüft zunächst, ob ein anderer Leistungsträger vorrangig zuständig ist. Bei Erwerbstätigen finanziert z. B. die Rentenversicherung notwendige Rehabilitationsleistungen. In der Regel fallen Reha-Leistungen für Rentnerinnen und Rentner, Mütter oder Väter mit Kindern sowie für Pflegebedürftige in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.
Ansprechpunkt	
Zuständige Stelle	Die Zuständigkeit liegt bei der jeweiligen Krankenkasse.
Formulare	
Ursprungsportal	