

WALHALLA

Ralf Hauner

Ihr Recht auf Kur und Reha

Ansprüche kennen, nutzen, durchsetzen



WALHALLA

Ralf Hauner

Ihr Recht auf Kur und Reha

Ansprüche kennen, nutzen, durchsetzen



1. Auflage

© [WALHALLA Fachverlag](http://www.walhalla-fachverlag.de), Regensburg

Dieses E-Book ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung

sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert, vervielfältigt oder verbreitet werden. Eine entgeltliche oder unentgeltliche Weitergabe oder Leihe an Dritte ist nicht erlaubt. Auch das Einspeisen des E-Books in ein Netzwerk (z. B. Behörden-, Bibliotheksserver, Unternehmens-Intranet) ist nicht erlaubt. Sollten Sie an einer Serverlösung interessiert sein, wenden Sie sich bitte an den WALHALLA-Kundenservice; wir bieten hierfür attraktive Lösungen an (Tel. 0941/5684-210).

Hinweis: Unsere Werke sind stets bemüht, Sie nach bestem Wissen zu informieren. Eine Haftung für technische oder inhaltliche Richtigkeit wird vom Verlag aber nicht übernommen. Verbindliche Auskünfte holen Sie gegebenenfalls bei Ihrem Rechtsanwalt ein.

Kontakt:

Walhalla Fachverlag

Haus an der Eisernen Brücke

93042 Regensburg

Tel. (09 41) 56 84-0

Fax. (09 41) 56 84-111

E-Mail walhalla@walhalla.de

Web <http://www.WALHALLA.de>

Kurzbeschreibung

Ansprüche kennen, nutzen, durchsetzen

Eine schwere Erkrankung, eine Operation, psychische Erschöpfung oder sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen – es gibt viele Gründe für eine Kur oder eine Rehabilitationsmaßnahme.

Um die Menschen fit zu halten oder wieder fit zu machen, umfasst das Recht viele Ansprüche und Gestaltungsmöglichkeiten. Doch häufig sind diese Möglichkeiten nicht bekannt. In diesem Ratgeber *Ihr Recht auf Kur und Reha* werden die entscheidenden Fragestellungen erläutert:

- Was ist der Unterschied zwischen Kur und Reha?
- Welche Reha-Leistungen gibt es?
- Wer hat wann Anspruch auf eine Maßnahme?
- Wo und wie kann eine Kur oder Reha-Maßnahme absolviert werden?
- Wie läuft die Beantragung ab?
- Was ist zu tun, wenn der Antrag abgelehnt wird?
- Wer ist zuständig und trägt die Kosten?
- Gibt es finanzielle Unterstützung während der Reha?
- Welche Leistungen zum Wiedereinstieg gibt es nach der Reha?

Autor

[Ralf Hauner](#) ist Krankenkassenbetriebswirt, Dozent und Fachautor.

Schnellübersicht

Vorwort

1. Kur und sonstige Vorsorgeleistungen

2. Medizinische Rehabilitation

3. Einzelne Leistungen der medizinischen Rehabilitation

4. Finanzielle Unterstützung während der Reha

5. Leistungen nach der Rehabilitation

6. Hilfreiche Adressen

Auszüge aus referenzierten Vorschriften

Vorwort

Ihr Recht auf Rehabilitation und Kur

Abkürzungen

Ihr Recht auf Rehabilitation und Kur

Dieser Ratgeber befasst sich mit dem Recht auf Rehabilitation und Kurmaßnahmen. Eine der häufigsten Rehabilitationsleistungen ist die sog. „stationäre Reha“, im Volksmund unter dem Namen „Kur“ bekannt.

Tatsächlich umfasst das Leistungsspektrum der Rehabilitationsleistungen aber unzählige weitere Ansprüche und Gestaltungsmöglichkeiten. Überwiegend werden diese im SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ zusammengefasst. Die Ansprüche stehen dabei gleichermaßen behinderten Menschen sowie Menschen zu, die von einer Behinderung bedroht sind. Zu den Rehabilitationsleistungen gehören daher insbesondere ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die infolge eines Unfalls oder einer chronischen Erkrankung durchgeführt werden.

Oftmals sind den rehabilitationsbedürftigen Menschen ihre rechtlichen Ansprüche und Möglichkeiten nicht oder nicht ausreichend bekannt. Die verschiedenen Träger der Rehabilitation sind sicherlich bemüht, entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag umfassende Aufklärungsarbeit zu betreiben. Aus verschiedenen Gründen ist dies letztlich nicht so umfassend, wie es im Einzelfall notwendig wäre. Auch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind häufig derart in ihr Tagesgeschäft eingebunden, dass sie selbst nicht alle Möglichkeiten kennen oder nicht so beraten können, wie es für die Patienten bzw. Laien auf dem wenig transparenten Gebiet des Rehabilitationsrechts notwendig wäre.

Dieser Ratgeber gibt Betroffenen eine Hilfestellung, um ihre Ansprüche im Recht der Rehabilitation zu kennen. Nur wenn sie einen Überblick über mögliche Ansprüche und potenziell zuständige Leistungsträger haben, werden sie letztlich ihr Recht auf umfassende Rehabilitationsleistungen verwirklichen können.

Das Buch beginnt im ersten Kapitel mit einer Definition der Begriffe „Rehabilitation“ und „Kur“, gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Vorsorgeleistungen im Bereich der Rehabilitation und befasst sich mit den Ansprüchen auf Rehabilitation im Ausland.

Im zweiten Kapitel werden die einzelnen Formen der Rehabilitation und ihre zuständigen Träger aufgezeigt und es wird ausführlich erläutert, wie ein Antrag auf Leistungen der Rehabilitation gestellt wird.

Im dritten Kapitel werden Leistungsinhalte der medizinischen Rehabilitation umfassend beschrieben und die unterschiedlichen Arten der Rehabilitation erläutert.

Das vierte Kapitel befasst sich mit der finanziellen Unterstützung während der Rehabilitation, d. h. welche Geldleistungen dem Patienten von welchem Träger und für welche Zeit zustehen.

Abschließend wird im fünften Kapitel aufgezeigt, welche Leistungen Versicherten nach Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme zustehen, falls sie noch weiter behandlungsbedürftig sind.

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch auf die gleichzeitige Nennung weiblicher und männlicher Wortformen verzichtet. Angesprochen sind grundsätzlich beide Geschlechter.

München, den 01.12.2022

Ralf Hauner

Abkürzungen

| | |
|----------|---|
| Abs. | Absatz |
| AR | Anschlussrehabilitation |
| BAR | Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation |
| BDPK | Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. |
| BMÄ | Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen |
| BRKG | Bundesreisekostengesetz |
| BSG | Bundessozialgesetz |
| Buchst. | Buchstabe |
| BVG | Bundesversorgungsgesetz |
| CF | Cystische Fibrose |
| CT | Computertomografie |
| E-GO | Ersatzkassen-Gebührenordnung |
| EStG | Einkommensteuergesetz |
| EU | Europäische Union |
| EWK | Europäischer Wirtschaftsraum |
| ff. | fortfolgende |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| gem. | gemäß |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| i. S. d. | im Sinne des |
| i. V. m. | in Verbindung mit |
| ICD | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme |
| ICF | Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit |
| MD | Medizinischer Dienst |
| MGW | Deutsches Müttergenesungswerk |
| Nr. | Nummer |
| Reha-RL | Rehabilitations-Richtlinie |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SGB I | Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (Allgemeiner Teil) |
| SGB II | Sozialgesetzbuch – Zweites Buch (Grundsicherung für Arbeitsuchende) |
| SGB III | Sozialgesetzbuch – Drittes Buch (Arbeitsförderung) |
| SGB IV | Sozialgesetzbuch – Viertes Buch (Sozialversicherung) |
| SGB V | Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung) |
| SGB VI | Sozialgesetzbuch – Sechstes Buch (Gesetzliche Rentenversicherung) |
| SGB VII | Sozialgesetzbuch – Siebtes Buch (Gesetzliche Unfallversicherung) |
| | Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen) |

| | |
|---------|--|
| SGB IX | mit Behinderungen) |
| SGB X | Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (Verwaltungsverfahren) |
| SGB XII | Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (Sozialhilfe) |
| SGG | Sozialgerichtsgesetz |
| Var. | Variante |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |

1. Kur und sonstige Vorsorgeleistungen

Unterschied zwischen Kur und Reha

Präventive Kurmaßnahmen

Das biopsychosoziale Modell der WHO

Arten der Prävention

Antragsverfahren und -ablauf der Reha

Kuren im Ausland

Gesundheits- oder Präventionsreisen

Unterschied zwischen Kur und Reha

Im täglichen Sprachgebrauch der Patienten und Versicherten werden die Begriffe Kur und Rehabilitation häufig synonym verwendet, wobei es doch einige Unterschiede zwischen den Begriffen gibt. Nachfolgend werden die beiden Begriffe erklärt:

Kur

Grundsätzlich kann man sagen, dass eine Kur bei einem gesunden Menschen ansetzt, der erste Symptome aufweist. Eine Kur ist also präventiv; es handelt sich um Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit.

Bei einer Kur stehen häufig Massagen, Moorpackungen, Bäder und Spaziergänge auf dem Programm. Der Wellness-, Urlaubs- und Entspannungsscharakter ist entsprechend stark ausgeprägt.

Kostenträger einer Kur ist immer die Krankenkasse (vgl. §§ [111](#), [111a](#) SGB V). Die näheren Leistungsinhalte finden sich in den §§ [23](#) und [24](#) SGB V, welche in diesem Kapitel näher beschrieben werden.

Rehabilitation

Unter Rehabilitation wird im Allgemeinen die Wiederherstellung der psychischen und/oder physischen Fähigkeiten eines Patienten verstanden. Sie kann als Anschlussrehabilitation (AR) nach einer Operation oder als medizinische Rehabilitation im Anschluss an ein Trauma oder eine Erkrankung erfolgen. Sie umfasst Leistungen und Maßnahmen zur weitgehenden Wiederherstellung seelischer, geistiger und körperlicher Funktionen. Innerhalb der Rehabilitation wird viel Wert auf die Erlangung einer individuell größtmöglichen Selbstständigkeit gelegt und das Sekundärziel verfolgt, die Patienten wieder in das Sozial- und Arbeitsleben einzugliedern, um einen vorzeitigen Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Sie sollen schnell wieder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.

Die gesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Träger der entsprechenden

Leistungen sowie der Rehabilitationsbedürftigkeit sind unter anderem im SGB IX zu finden.

Präventive Kurmaßnahmen

Im Rahmen der präventiven Kurmaßnahmen stehen Versicherten verschiedene Möglichkeiten der Inanspruchnahme offen, welche nachfolgend näher betrachtet werden.

Im Rahmen der §§ [23](#) und [24](#) SGB V finden sich verschiedene Möglichkeiten von medizinischen Vorsorgeleistungen. Diese umfassen:

- ambulante Vorsorge am Wohnort
- ambulante Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort
- stationäre Vorsorgeleistungen
- stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter

Ambulante medizinische Vorsorgeleistungen am Wohnort

Nach § [23](#) SGB V haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,

! WICHTIG:

Nach der Auffassung des Gesetzgebers muss der Allgemeinzustand des Versicherten so labil sein, dass künftig bei gleichbleibender beruflicher und sonstiger Belastung der Ausbruch einer Krankheit nicht auszuschließen ist. Mit der Gesundheit sind sowohl die körperliche als auch die seelische Gesundheit gemeint.

- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,

! WICHTIG:

Hier wird darauf hingewiesen, dass es um eine Maßnahme gehen muss, die der Gefährdung der körperlichen und seelischen Gesundheit des Kindes entgegenwirkt. Kinder i. S. d. § [23](#) SGB V sind Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

! WICHTIG:

Hierbei dürften insbesondere Heil- und Hilfsmittel zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit in Betracht kommen.

Die Maßnahmen finden im Rahmen der ambulanten Behandlung am Wohnort statt.

Zum Leistungsumfang der ambulanten Vorsorgeleistungen der Krankenkassen zählen Leistungen der ärztlichen Behandlung sowie der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln für Behandlungsanlässe, in denen der Versicherungsfall der Krankheit nach § [27](#) SGB V (noch) nicht eingetreten ist, also ein präventiver Zustand.

Beispiel:

Frau Meier fühlt sich durch ihre derzeitige berufliche Situation sehr gestresst und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass dies bei weiter andauernder beruflicher Belastung für Frau Meier zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit führen könnte.

Leistungsumfang

Der Umfang für ärztliche oder ärztlich zu verordnende Leistungen ist grundsätzlich auf Maßnahmen beschränkt, die gezielt der Krankheitsbekämpfung oder der Linderung und Überwindung von Krankheitsfolgen dienen. Zum Leistungsumfang gehören Leistungen auch dann, wenn ein nach § 27 SGB V behandlungsbedürftiger Zustand noch nicht eingetreten ist, er aber ohne diese Leistungen einzutreten droht.

Art, Umfang und Grenzen der ärztlichen Leistungen ergeben sich aus den jeweiligen Spezialbestimmungen des § 28 SGB V.

Die ärztliche Behandlung darf nur von Ärzten und nicht von anderen zur Ausübung der Heilkunde berechtigten Personen wie Heilpraktikern durchgeführt werden. Dies gilt auch in dringenden Fällen.

Der Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung wird durch den Eintritt einer behandlungsbedürftigen Krankheit (Versicherungsfall) ausgelöst.

Begibt sich der Versicherte aufgrund von Beschwerden oder Symptomen in ärztliche Behandlung, ohne dass der Arzt eine behandlungsbedürftige Krankheit feststellt, besteht gleichwohl ein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. Wenn also ein Versicherter beispielsweise zur Abklärung von Beschwerden zum Arzt geht, der Arzt aber keine behandlungsbedürftige Krankheit feststellt, besteht für den Versicherten trotzdem Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung für diese Kontrolluntersuchung.

Ärzte und Zahnärzte haben ihre Leistungen grundsätzlich persönlich zu erbringen. Delegationsfähige Leistungen können auch unter ihrer Aufsicht

nach fachlicher Weisung durch Heil-/Hilfspersonen erbracht werden. Die Anordnung dieser Hilfeleistungen ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Sie gelten als eigene Leistung des Arztes. Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung schließt nicht aus, dass der Arzt bestimmte Leistungen an Personen delegiert, die unter seiner Aufsicht und Weisung stehen und für die Erbringung der Hilfeleistung qualifiziert sind (Krankenschwester, Assistenzpersonal, Laborantin). Ob und in welchem Umfang der Arzt ärztliche Leistungen zur Durchführung unter seiner Aufsicht und Weisung an medizinisches Arztpersonal delegieren darf, hängt im Wesentlichen von der Art der Leistung, der Schwere des Krankheitsfalles und der Qualifikation des Hilfspersonals ab.

Nach § 28 Abs. 3 SGB V wird die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit durch Psychotherapeuten, soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt.

Neben den Heil-/Hilfsberufen zählen z. B. auch Sozialarbeiter – soweit sie in psychiatrischen Praxen mitarbeiten – zu dem Personenkreis, der vom Arzt angeordnete oder überwachte Tätigkeiten ausüben kann. Hierbei handelt es sich allerdings nicht um Hilfeleistungen i. S. d. § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V. Sozialarbeiter sind aufgrund ihrer Berufsausbildung medizinisch nicht vorgebildet, sodass sich ihre Tätigkeit auf koordinierende Maßnahmen oder die medizinischen Maßnahmen flankierende Verrichtungen im sozial-psychiatrischen und psychosozialen Bereich etc. beschränkt, die in der psychiatrischen Praxis anfallen.

Bei der Durchführung der Behandlung und ihren Anordnungen haben die Ärzte die Regeln der ärztlichen Kunst zu beachten und die Behandlung in ausreichendem und zweckmäßigem Umfang durchzuführen (§ 2 Abs. 4, §§ 12, 70 SGB V). Was ausreichend und zweckmäßig ist, bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den jeweiligen Richtlinien zu den einzelnen Leistungsinhalten.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot bestimmt darüber hinaus die Beziehungen zwischen den Ärzten als Leistungserbringern und den Krankenkassen. So bestimmt § 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V für alle Leistungserbringer:

§ 70 ABS. 1 SATZ 2 SGB V:

(1) [...] Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

Diese Vorschrift muss vom Versicherten, von jedem Leistungserbringer und von den Krankenkassen beachtet werden. Ärzte als Heilmittelerbringer sind aufgrund der von den Krankenkassen mit ihnen geschlossenen Verträge nochmals ausdrücklich zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots verpflichtet.

Die gesetzliche Definition des Wirtschaftlichkeitsgebots arbeitet mit den Begriffen „ausreichend“, „zweckmäßig“, „wirtschaftlich“ und „notwendig“. Diese bedeuten im Einzelnen:

- „ausreichend“: Die Leistung muss den Erfordernissen des konkreten Einzelfalls und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Darüber hinaus soll sie den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.
- „zweckmäßig“: Die zu erbringende Leistung muss im Hinblick auf das konkrete Behandlungsziel geeignet, zweckdienlich und zweckentsprechend sein.
- „wirtschaftlich“: Therapeuten müssen mit den geringsten Mitteln den größtmöglichen Behandlungserfolg erzielen.
- „notwendig“: Die zu erbringende Leistung muss objektiv erforderlich sein, um das gewünschte Behandlungsziel zu erreichen.

Ärztliche Behandlung i. S. d. § 23 SGB V umfasst alle ärztlichen Leistungen, die zur „Behandlung“ eines Schwächezustandes nach § 23 Abs. 1 Nr. 1 SGB V oder zur Abwehr einer der anderen Gesundheitsgefahren nach § 23 Abs. 1 Nr. 2–4 SGB V erforderlich sind. Das umfasst über den Wortsinn hinaus

auch die ärztliche Diagnostik. Das gilt zunächst für diagnostische Leistungen zur Indikationsstellung einer Vorsorgeleistung. Weiter kann Diagnostik auch zur Klärung von Verdachtsfällen erforderlich sein, bei denen konkrete Anhaltspunkte den ernstlichen Verdacht einer möglicherweise künftig ausbrechenden und durch Maßnahmen der Krankheitsvorbeugung einzudämmenden oder aufzuhaltenden Krankheit begründen. Dazu können beispielsweise Anhaltspunkte für eine besondere genetische Disposition für eine bösartige Erkrankung Anlass geben.

Ansprüche auf Leistungen der ambulanten Vorsorge am Wohnort sind nach § 23 Abs. 1 SGB V zeitlich nicht besonders begrenzt. Die Dauer der danach zu beanspruchenden Leistungen bestimmt sich demgemäß ausschließlich nach den allgemeinen Vorgaben zur Notwendigkeit der Leistung. Erhebliche Einschränkungen können sich insoweit aber aus den Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, die über den Verweis nach § 23 Abs. 3 SGB V auf die §§ 32, 33 SGB V auch für Leistungen der ambulanten Vorsorge gelten.

! WICHTIG:

Die entsprechenden Richtlinien können Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter dem Stichpunkt „Richtlinien“ einsehen, vgl. www.g-ba.de.

Ambulante Vorsorge in einem anerkannten Kurort

Reichen bei Versicherten die ambulanten Leistungen am Wohnort nicht aus oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten. Bei der Beurteilung, ob Leistungen nach § 23 Abs. 1 SGB V ausreichen, ist die Wirksamkeit ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten zu berücksichtigen. Es handelt sich hier um Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, die sich im Rahmen einer Vorsorgeleistung insbesondere ortsgebundener Mittel (z. B. Heilwässer zum

Trinken und für Bäder, geologische oder klimatische Besonderheiten) bedienen.

Die Leistung „ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten“ ist eine Komplexleistung, die ihre Wirkung erst durch das Zusammenspiel von medizinischen Maßnahmen (Heilmittelanwendungen) mit aus medizinischen Gründen erforderlichen weiteren Maßnahmen entfaltet. Dazu zählen z. B. Ernährungsberatung, gruppen- oder einzeltherapeutische Maßnahmen, Hilfen zur Entwöhnung von Genussmitteln, die im Rahmen der ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten zur Verfügung zu stellen sind. Sie sollen den Versicherten helfen, die in ihrer Lebensweise begründeten gesundheitsgefährdenden Faktoren zu erkennen und ihr Verhalten zu ändern. Die Leistungen müssen – wie sich aus § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ergibt – auf einem zuvor erstellten ärztlichen Behandlungsplan aufbauen und auf die konkrete Gefährdungssituation des Versicherten abgestimmt sein.

Die Satzung der Krankenkasse kann vorsehen, dass neben den im Rahmen der ambulanten Behandlung zur Verfügung zu stellenden Leistungen (ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln) zu den übrigen Kosten der Vorsorgeleistung ein Zuschuss gezahlt wird. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung festzulegen. Er darf den Höchstbetrag von 16 Euro kalendertäglich nicht überschreiten. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss auf bis zu 25 Euro erhöht werden. Zu den übrigen Kosten der Vorsorgeleistung, zu deren Finanzierung der Zuschuss beitragen soll, zählen insbesondere die Unterkunft, Verpflegung, Kosten der An- und Abreise (Fahrtkosten) und die Kurtaxe. Bei einer Kostenbeteiligung an Vorsorgeleistungen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes gelten besondere Regelungen.

! WICHTIG:

Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse nach den entsprechenden Satzungsregelungen im Rahmen der ambulanten Vorsorgekur. Die Satzung können Sie auch auf der Webseite der Krankenkasse einsehen.

Ambulante Komplexleistungen können nur in anerkannten Kurorten erbracht werden. Das sind Gemeinden, die auf Grundlage landesrechtlicher Kurortgesetze als Kurort staatlich anerkannt worden sind, weil sie insbesondere über die klimatischen Voraussetzungen, die notwendigen Kurmittel und die erforderliche Ausstattung zur Anwendung von Kurmitteln verfügen.



PRAXIS-TIPP:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben u. a. eine „Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § [111a](#) SGB V“ erlassen und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung u. a. den Kurarztvertrag vereinbart. Daraus ergeben sich Einzelheiten der Leistungsanforderungen und Leistungserbringung.

Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

In den Fällen der ambulanten Vorsorgeleistung am Wohnort oder in anerkannten Kurorten sind die gesetzlichen Regelungen zur Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nach §§ [31–34](#) SGB V anzuwenden. Somit gelten auch die getroffenen Regelungen zur Zuzahlung, zu den Festbeträgen und dem Ausschluss von Mitteln entsprechend. Näheres hierzu in Kapitel 3 (Einzelne Leistungen der medizinischen Rehabilitation).

Zuzahlung bei Arzneimitteln

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle (Apotheke) zu jedem zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandsmittel eine Zuzahlung. Dabei sind zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro zu bezahlen, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Dies gilt nicht bei Harn- und Blutteststreifen. Muss für ein Arzneimittel aufgrund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, so ist die erneute Verordnung zuzahlungsfrei. Eine bereits geleistete Zuzahlung für die erneute Verordnung ist dem Versicherten auf Antrag von der Krankenkasse zu erstatten.

Zuzahlung bei Heilmitteln

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung an die abgebende Stelle zu leisten.

Die Zuzahlungen für die Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung – also in der Arztpraxis – abgegeben werden, errechnen sich aus den Preisen, die hier vereinbart worden sind.

! WICHTIG:

Die Zuzahlungen sind nur bis zur Höhe der Belastungsgrenze nach § [62 SGB V](#) zu leisten.

Zuzahlung bei Hilfsmitteln

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung, zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt zehn Prozent des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.

Stationäre Vorsorgeleistungen

Die dritte Leistungsstufe des § 23 SGB V ist die stationäre Behandlung in einer Vorsorgeeinrichtung: Reichen bei Versicherten die bisher beschriebenen Leistungen nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbringen (§ 111a SGB V).

Vorsorgeeinrichtungen sind Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V, in denen Patienten untergebracht und verpflegt werden können (§ 107 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) und die der stationären Behandlung von Patienten dienen, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (§ 107 Abs. 2 Nr. 1a SGB V).

Fachlich-medizinisch sollen sie unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf ausgerichtet sein, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V).

Ihrem Zweck nach zielen Vorsorgemaßnahmen in Vorsorgeeinrichtungen wie Leistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V auf interdisziplinär erbrachte, auf einem Vorsorgekonzept beruhende Komplexleistungen unter ärztlicher Leitung. Sie unterscheiden sich von Leistungen in anerkannten Kurorten durch die vollständige stationäre Einbindung der Versicherten. Sie kommen in Betracht, wenn ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort etwa wegen fehlender Mobilität nicht durchgeführt werden können oder wenn ohne die Struktur, die besondere ärztliche Kontrolle oder sonstige Leistungen in der stationären Einrichtung der Vorsorgeerfolg nicht gewährleistet erscheint.

Art, Dauer und Umfang der stationären Leistung

Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter entsprechender Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 SGB IX Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der stationären Leistung sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger.

Wahlrecht nach § 8 SGB IX

Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 SGB I. Den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrags sowie den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderungen wird Rechnung getragen.

! WICHTIG:

Das Wunschrecht umfasst auch die weitere Ausführung der Leistungen. Auch während der Ausführung muss berechtigten Wünschen entsprochen werden, etwa indem mit dem Leistungserbringer entsprechende Rechte und Pflichten der teilnehmenden Personen und angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten vereinbart werden (wie etwa die Gestaltung des Funktionstrainings, die Zusammenstellung der Therapiegruppe, die Berücksichtigung konkreter Terminwünsche, die zusätzliche Unterbringung des Partners des Leistungsberechtigten, die Gewährung einer Haushaltshilfe oder wohnortnaher und in Teilzeit nutzbarer Angebote).

Stationäre Leistungen sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Eine Ausnahme besteht, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen – nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen – in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat: Von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist.

WICHTIG:

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

Wartezeiten für eine erneute Reha

Ambulante Leistungen in anerkannten Kurorten können nicht vor Ablauf von drei, stationäre Leistungen der Vorsorge nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich bzw. dem Versicherten das Warten auf den Fristablauf unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls nicht zuzumuten.

Bei der Prüfung der Vier-Jahres-Frist werden nicht nur Maßnahmen der Krankenkasse berücksichtigt. Vielmehr zählen auch Gesundheitsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger, Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe nach dem SGB XII und Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der Heilbehandlung und Krankenbehandlung nach dem SGB XII dazu.



PRAXIS-TIPP:

Wollen Sie eine ambulante oder stationäre Maßnahme vor Ablauf von drei bzw. vier Jahren erneut antreten, lassen Sie sich dies von Ihrem behandelnden Arzt bescheinigen und legen Sie diese Bescheinigung zusammen mit Ihrem Antrag der jeweiligen Krankenkasse vor.

Die Krankenkasse wird die Angelegenheit ggf. dem Medizinischen Dienst vorlegen, der eine entsprechende Prüfung durchführt. Ist die Entscheidung des Medizinischen Dienstes negativ, wird die Krankenkasse Ihren Antrag ablehnen.

Gegen diese Ablehnung können Sie Widerspruch erheben und eventuell im Klageverfahren vorgehen. Die Erhebung des Widerspruchs bzw. der Klage sollte allerdings nur dann erfolgen, wenn die Angelegenheit Aussicht auf Erfolg hat. Auch hier sollten Sie mit Ihrem behandelnden Arzt Rücksprache halten.

! WICHTIG:

Bei einer mündlichen Ablehnung der Krankenkasse sollten Antragsteller immer einen widerspruchsfähigen Bescheid verlangen, wenn sie gegen die Ablehnung vorgehen wollen. In diesem Bescheid werden sie darüber informiert, wo und in welcher Frist der Widerspruch einzulegen ist.

Zuzahlungsregelung

Versicherte, die eine stationäre Vorsorgeleistung in Anspruch nehmen und das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag zehn Euro an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

Entscheidung durch die Krankenkassen

Folgende Prinzipien sind bei der Entscheidung über Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Krankenkassen zu beachten:

- Die Indikation ergibt sich aus den sozialmedizinischen Erfordernissen des Einzelfalls.
- Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ [12](#) SGB V), hier gilt das sog. Wirtschaftlichkeitsgebot.

Hierbei gelten die Grundsätze:

- ambulant vor stationär
- Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vor Rente
- Vorsorge/Rehabilitation vor Pflege

Für die Begutachtung von Anträgen auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind von den Krankenkassen das biopsychosoziale Modell der WHO und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als konzeptionelles und begriffliches Bezugssystem zu berücksichtigen.

Diese Voraussetzungen der Begutachtung werden nun näher betrachtet.

Das biopsychosoziale Modell der WHO

Die ICF gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 entwickelten „Familie von Klassifikationen“ im Gesundheitswesen. Sie ergänzt die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zu einem bestimmten Zeitpunkt auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben. Nicht die Entwicklung der Auswirkung eines Gesundheitsproblems, sondern die Ausprägung selbst einschließlich der Einflussfaktoren zum Beurteilungszeitpunkt werden betrachtet. Diese sogenannte finale Betrachtung der Funktionsfähigkeit ist ein Grundprinzip der ICF.

Das der ICF zugrundeliegende biopsychosoziale Modell ermöglicht eine ganzheitliche Sichtweise. Zusätzlich wird über die dargestellten Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und dem Lebenshintergrund einer betroffenen Person der sozialmedizinische Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung eröffnet.

Mit den Items können krankheits- und behinderungsbedingte Auswirkungen auf die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten, die Teilhabe sowie mögliche Einflüsse aus der Umwelt standardisiert beschrieben werden.

Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ wird mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsproblem werden beispielsweise bezeichnet:

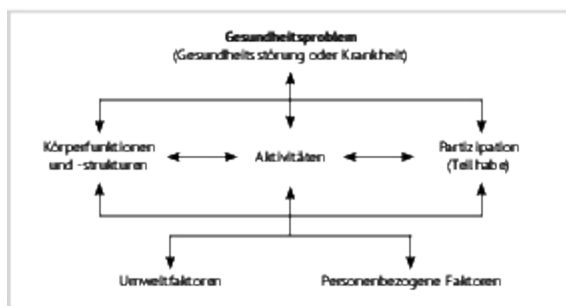
- Krankheiten
- Gesundheitsstörungen
- Verletzungen
- Vergiftungen

- andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz

Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD-10-GM erfasst bzw. klassifiziert.

Die Konzeption der ICF

Die Konzeption der ICF beruht auf dem biopsychosozialen Modell der WHO, mithilfe dessen mögliche Wechselwirkungen verdeutlicht werden können.



Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den Komponenten der ICF

Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess. Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise bei

- der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder beim Ausgleich einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Das biopsychosoziale Modell der WHO ist damit eine unverzichtbare Matrix bei der Begutachtung der Indikation und Allokation für Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation.

Die Berücksichtigung von Kontextfaktoren (umwelt- und personenbezogene Faktoren)

Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung sind einerseits abhängig von der Schwere und Art der Grunderkrankung, andererseits aber auch vom Einfluss der Kontextfaktoren. Bedeutsam sind Kontextfaktoren dann, wenn sie im Rahmen einer aktuellen Fragestellung als Förderfaktoren genutzt oder im negativen Fall (Barriere) günstig von außen beeinflusst werden sollen.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Assistenz und Medikamenten sein. Schlechte Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheitssystems, fehlende soziale oder finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen.

Personenbezogene Faktoren sind in der Person liegende Faktoren, die in Wechselwirkung zu den anderen Komponenten der ICF stehen können. Sie umfassen Gegebenheiten, die nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands und nicht Teil der Umwelt sind. Personenbezogene Faktoren klassifizieren nicht Personen, sondern sind im Einzelfall bedeutsame Einflussfaktoren einer Person auf deren Funktionsfähigkeit.

Definition „Diagnose/Funktionsdiagnose“

Diagnose bezeichnet die Feststellung einer körperlichen oder psychischen Krankheit durch den Arzt. Sie entsteht durch die zusammenfassende Beurteilung einzelner Befunde wie Beschwerden, Krankheitszeichen (Symptome) oder typischer Gruppen von Symptomen (Syndrom). Das Bundesinstitut für Arzneimittelsicherheit stellt die ICD zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland zur Verfügung.

Definition „Kurative Versorgung“

Die kurative Versorgung im Sinne des SGB V ist, im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation, primär zentriert auf das klinische Bild als

Manifestation einer Krankheit/Schädigung. Kurative Versorgung ist

- kausal orientiert und fokussiert auf Heilung bzw. Remission oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung bzw. weiterer Krankheitsfolgen und
- trägt mit palliativen Behandlungsansätzen zur Linderung von Krankheitsbeschwerden bei.

Arten der Prävention

International wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Vorsorge im Sinne dieser Begutachtungsanleitung sind nur die Primär- und Sekundärprävention, Tertiärprävention ist weitestgehend identisch mit dem Begriff der Rehabilitation.

Primärprävention

Unter Primärprävention im Sinne des § 20 SGB V werden Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken verstanden. Primärprävention zielt darauf ab, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) von Krankheiten zu senken. Primärprävention und Gesundheitsförderung sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Primärprävention setzt das Bestehen bestimmter Krankheitsrisiken voraus, Erkrankungen müssen aber im Einzelfall noch nicht drohen.

Maßnahmen der Primärprävention, die einzelne Personen, aber auch Personengruppen betreffen können, sind beispielsweise die Aufklärung und ggf. Vermittlung von Angeboten zu den Themen „gesunde Ernährung“, „körperliche Aktivität“, „Impfungen gegen Infektionskrankheiten“ und „Beseitigung von Gesundheitsrisiken“ im umwelt- und personenbezogenen Kontext.

Sekundärprävention

Sekundärprävention zielt darauf ab, die Krankenbestandsrate (Prävalenzrate) durch Maßnahmen der Frühdiagnostik und Frühtherapie zu verringern bzw. einer Zunahme entgegenzuwirken. Sie soll das Fortschreiten des Krankheitsprozesses verhindern bzw. dessen Umkehr bewirken sowie bestehende Beschwerden verringern. Längerfristige Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sollen dadurch vermieden werden.

Vorsorgebedürftigkeit

Sie besteht, wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden oder die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist (Primärprävention).

Vorsorgebedürftigkeit besteht auch, wenn bei manifester (chronischer) Krankheit längerfristige Beeinträchtigungen der Aktivitäten einschließlich Pflegebedürftigkeit drohen und deshalb verhindert werden sollen. Des Weiteren soll der Wiedererkrankung oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden (Sekundärprävention).

Bei der Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit sind die auf das Gesundheitsproblem sowohl positiv wie negativ wirkenden umwelt- und personenbezogenen Faktoren zu berücksichtigen. Beispiele für überwiegend negativ wirkende Kontextfaktoren können sein:

- Partner-/Eheprobleme, Trennung vom Partner
- Tod des Partners bzw. eines nahen Angehörigen
- chronische Krankheiten, Suchtproblematik von Angehörigen
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung, insbesondere von Alltagsproblemen
- ständiger Zeitdruck
- finanzielle Sorgen
- besondere berufliche/schulische und familiäre Belastungssituationen (z. B. Arbeitslosigkeit, Schichtarbeit, Schulwechsel, Pflege von Angehörigen)
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse

Vorsorgefähigkeit

Vorsorgefähigkeit ist gegeben, wenn der Betroffene

- somatisch und psychisch in der Lage ist, aktiv am festgelegten Vorsorgeprogramm teilzunehmen und
- bereit ist bzw. befähigt werden kann, sein Gesundheitsverhalten konsequent im Sinne einer Risikobeseitigung bzw. -verminderung zu ändern oder durch Krankheitsbewältigungsstrategien (Coping) zu lernen, mit der (chronischen) Krankheit besser zu leben.

Antragsverfahren und -ablauf der Reha

Die Verordnung erfolgt durch den Haus- oder Facharzt mit dem Vordruckmuster 25. Diesen Vordruck reicht der Betroffene bei seiner zuständigen Krankenkasse ein.

Bei der Bewilligung von Leistungen nach § [23](#) SGB V hat die Krankenkasse gemäß § 275 Abs. [2](#) Nr. 1 SGB V vor Erstbewilligungen in Stichproben und bei Verlängerungen regelmäßig die Notwendigkeit der Leistungen durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Dabei ist ein ärztlicher Behandlungsplan zu Grunde zu legen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe zu regeln und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen. Maßgeblich dafür ist die „Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ausnahmen davon nach § 275 Abs. [2](#) Nr. 1 SGB V“ (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung).

**Anregung einer ambulanten
Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten
gem. § 23 Abs. 2 SGB V**

- ☐ bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
- ☐ zur Vermeidung der Verschlimmerung
behandlungsbedürftiger Krankheiten
- ☐ bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Der/Die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:

Risikofaktoren / Gefährdung, Regulations-, Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

- ☐ Erhöhter Blutdruck ☐ Bewegungsmangel / Fehlhaltung ☐ Übergewicht
Fehlernährung ☐ Stress ☐ Rauchen
- ☐ Sonstige Risikofaktoren _____
- ☐ akute Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____

| Relevante Diagnosen in der Reihenfolge Ihrer med. Bedeutung | seit wann? | Ursache | Verlauf |
|---|------------|---------|---------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

Ursache: 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG

Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen.

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:

Datum der letzten Untersuchung:

Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor)/Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)

- ☐ Kann bei Bedarf durch den MDK angefordert werden ☐ liegen nicht vor

Angestrebtes Vorsorgeziel (z.B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung)

Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

- ☐ Krankengymnastik ☐ Physik. Therapie ☐ Summ-, Sprech- oder Sprachtherapie ☐ Ergotherapie
- ☐ Psychotherapie ☐ Patientenschulung ☐ Rehasport/Funktionstraining ☐ Selbsthilfegruppe
- ☐ Sonstige (z.B. Hilfsmittelversorgung): _____

Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezzeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheiten, weil

Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z.B. Klima, Allergiefaktoren)?

- ☐ nein ☐ ja, welche _____

empfohlener Kurort: _____ Dauer: _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistungen in kompakter Form (Kompaktkur) ☐ ja ☐ nein

Ggf. weitere Bemerkungen: _____

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -

Hinweis: Die voranstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 25 (4.2001)

Kuren im Ausland

Zunehmender Beliebtheit erfreuen sich Kuren im Ausland. Dies ist häufig in Ländern der Fall, die unmittelbar an Deutschland angrenzen und vielfältige Angebote für die Versicherten/Patienten bereitstellen.

In diesem Abschnitt wird aufgezeigt, was bei einer Kur im Ausland zu beachten ist und welche Voraussetzungen für die Inanspruchnahme gelten.



PRAXIS-TIPP:

Es gibt eine Gemeinsame Empfehlung zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 17.10.2013 zu den leistungsrechtlichen Voraussetzungen. Diese Empfehlung dient einer einheitlichen Rechtsanwendung in der Praxis der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach § 16 Abs. [1](#) Nr. 1 SGB V ist eine Leistungserbringung durch die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich auf den Geltungsbereich des Gesetzes, d. h. das Inland, beschränkt. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gemäß §§ [23](#), [24](#), [40](#) und [41](#) SGB V sind im Ausland daher nur unter bestimmten Voraussetzungen bewilligungsfähig.

§ 13 Abs. [4](#) SGB V räumt den Versicherten grundsätzlich die Möglichkeit ein, Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können.

Leistungsansprüche bestehen bei vorübergehendem Aufenthalt im EU-/EWR-Ausland auf Basis von verschiedenen Rechtsgrundlagen:

- auf Basis des überstaatlichen Rechts im Rahmen der EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit Nr. 1408/71 und Nr. 574/72

grundsätzlich als Sachleistung

- auf Basis des innerstaatlichen Rechts im Rahmen des § 13 Abs. [4](#) Satz 1–5 SGB V in Verbindung mit der jeweiligen Satzung der Krankenkasse (Kostenerstattung)
- Die Krankenkasse kann die Kosten für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen ganz oder teilweise in den Fällen übernehmen, in denen eine entsprechende Behandlung einer Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nur im Ausland möglich ist (§§ 13 Abs. [4](#) Satz 6, 18 Abs. [1](#) SGB V).

Voraussetzung ist, dass die Krankheit – unabhängig vom Einzelfall – nicht im Inland behandelt werden kann.

Übersicht über Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland

Inanspruchnahme von Leistungserbringern im Ausland

Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch der Versicherten nach § 13 Abs. [4](#) SGB V ist, dass diese nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen haben,

- bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufs Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Union sind (z. B. Ärzte, Masseure, Krankengymnasten) oder
- die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind („Vertrags-Einrichtungen“ für Vorsorge und Rehabilitation, z. B. Kliniken und Thermaleinrichtungen, vgl. § 13 Abs. [4](#) Satz 2 SGB V).

Verträge mit Leistungserbringern

Nach § [140e](#) SGB V können die Krankenkassen Verträge mit ausländischen Leistungserbringern, die die oben genannten Voraussetzungen erfüllen, schließen. Sofern vertragliche Beziehungen beabsichtigt sind, wird

empfohlen, in diesen Verträgen auch Regelungen zur Qualitätssicherung aufzunehmen. Es wird davon ausgegangen, dass ausländische Einrichtungen die gleichen Qualitätsanforderungen wie inländische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfüllen müssen.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter im Ausland

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach §§ [24](#) und [41](#) SGB V können nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht im Ausland durchgeführt werden, da derartige Leistungen nicht im jeweiligen Krankenversicherungssystem der ausländischen Staaten vorgesehen sind. Aktuell ist davon auszugehen, dass entsprechende Leistungsangebote für Versicherte nur in Deutschland existieren.

Antragsverfahren, Bewilligung

Ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im EU-/EWR-Ausland sind wie im Inland vor ihrem Beginn unter Beifügung einer ärztlichen Verordnung bzw. eines Befundberichtes zu beantragen und durch die Krankenkasse ggf. nach vorheriger Einschaltung des MD zu entscheiden.

Im Falle einer Bewilligung von stationären Vorsorgeleistungen oder ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (vgl. § 23 Abs. [5](#) Satz 1 und § 40 Abs. [3](#) Satz 1 SGB V). Bei der Auswahl der ausländischen Leistungserbringer sind die vorhandenen Verzeichnisse zu beachten.



PRAXIS-TIPP:

Diese Verzeichnisse können Sie bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einsehen.

Im Interesse der weiteren Versorgung des Versicherten durch den behandelnden Arzt am Wohnort ist ein ärztlicher (Entlassungs-)Bericht, möglichst in deutscher Sprache, wünschenswert.

Eine nachträgliche Kostenerstattung scheidet aufgrund fehlender Möglichkeiten zur Prüfung der Notwendigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen aus.

Verfahren der Kostenerstattung

Die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 Satz 1–5 SGB V können Versicherte, die sich in einem anderen EWR-Staat behandeln lassen, nur dann beanspruchen, wenn alle nach deutschem Recht maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Satzung der Krankenkasse hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen – sog. Verwaltungskostenabschläge – vorzusehen. Darüber hinaus sind die gesetzlichen Zuzahlungen (auch Verwaltungsgebühr, Eigenanteil) in Abzug zu bringen.

Der Verwaltungskostenabschlag wird auf der Basis des festgestellten Erstattungsbetrages ermittelt.

Erforderlich für eine Kostenerstattung ist die Vorlage quittierter und spezifizierter Rechnungen (Name, Vorname des Versicherten, Bezeichnung der Leistung, Betrag, Datum der Abgabe, Stempel der abgebenden Stelle) sowie z. B. bei der Abgabe von Heilmitteln im Rahmen ambulanter Vorsorgeleistungen im Kurort gemäß § 23 Abs. 2 SGB V eine (kur-)ärztliche Verordnung.

Damit die Krankenkasse eine möglichst genaue Kostenerstattung vornehmen kann, ist ggf. eine detaillierte Übersetzung der Auslandsrechnung und ggf. der ärztlichen Verordnungen unverzichtbar. Sollte sich aus den eingereichten Unterlagen in ausländischer Sprache der Sachverhalt nicht eindeutig nachvollziehen lassen, so hat der Versicherte eine beglaubigte oder von einem öffentlich bestellten, vereidigten Dolmetscher oder Übersetzer

angefertigte Übersetzung vorzulegen. Bezüglich der Übersetzungskosten ist § 19 Abs. 2 SGB X zu beachten.

Höhe der Kostenerstattung bei Auslandserstattungen

Der Leistungsumfang richtet sich nach dem SGB V (§§ [23](#) und [40](#) SGB V) und nicht nach den Bestimmungen im jeweiligen Krankenversicherungssystem des ausländischen Staates.

Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Hiervon abweichend besteht ein Anspruch auf volle oder teilweise Kostenübernahme in den Fällen nach § 13 Abs. [4](#) Satz 6 und § 18 Abs. [1](#) SGB V (Behandlung nur im Ausland möglich).

Bei der Ermittlung der deutschen Vertragssätze für Kostenerstattungsfälle ist Folgendes zu beachten:

| Ambulante Vorsorgeleistungen im Kurort | |
|---|---|
| (kur-)ärztliche Leistungen | Pauschale gem. Kurarztvertrag, ggf. nach BMÄ/E-GO |
| Heilmittel nach den Heilmittel-Richtlinien | landes-/bundesweite Vergütungsliste mit Leistungserbringerverbänden |
| ortsgebundene Heilmittel | Orientierung an den mit deutschen Kurorten vereinbarten Vergütungen vergleichbarer Leistungen |
| Gesundheitsförderungsmaßnahmen | Orientierung an den mit deutschen Kurorten vereinbarten Vergütungen vergleichbarer Leistungen |
| sonstige Kosten | Zuschuss gemäß Satzung (§ 23 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V) |

Ist der Rechnungsbetrag höher als die deutschen Vertragssätze, sind die Zuzahlungen auf der Grundlage der Inlandssätze zu ermitteln.

Ist der Rechnungsbetrag niedriger als die deutschen Vertragssätze, sind die Zuzahlungen vom Rechnungsbetrag ausgehend zu ermitteln.

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland

Es gilt der Vergütungssatz einer vergleichbaren deutschen Einrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § [111](#) SGB V besteht und im Inland belegt worden wäre, unter Beachtung der Indikation und Erreichbarkeit.

Ambulante Rehabilitation

Es gilt der Vergütungssatz der nächsterreichbaren und zugelassenen ambulanten Rehabilitationseinrichtung unter Beachtung der Indikation.



PRAXIS-TIPP:

Als kalendertägliche Zuzahlung bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bzw. bei ambulanter Rehabilitation ist die Zuzahlung von zehn Euro je Behandlungstag zu berücksichtigen.

Bei der Umrechnung der in Fremdwährung verauslagten Leistungsaufwendungen in Euro ist der Umrechnungskurs am Tag der Rechnungslegung maßgebend.

Fahrkosten

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen am Kurort ist eine Fahrkostenerstattung ausgeschlossen; ggf. anfallende Kosten sind mit dem nach der Satzung möglichen täglichen Zuschuss zu den übrigen Kosten der Vorsorgeleistung abgegolten.

Bei stationären Vorsorgeleistungen sowie ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen kommt eine Fahrkostenerstattung als Nebenleistung nur für Fahrten vom Wohnort bis zur nächsten geeigneten inländischen Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § [111](#) SGB V besteht bzw. die zur ambulanten Rehabilitation zugelassen ist, und zurück in Betracht. Bei ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen sind keine Zuzahlungen zu Fahrkosten zu leisten.

Bei Leistungen nach § 13 Abs. [4](#) Satz 6 und § 18 Abs. [1](#) SGB V (Behandlung nur im Ausland möglich) sind die anfallenden Fahr- und andere Reisekosten, ggf. abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung, ganz oder teilweise zu übernehmen.

Stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter

Nach § 24 SGB V haben Versicherte unter den genannten Voraussetzungen des § 23 Abs. 1 SGB V Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, sofern mit ihr ein Versorgungsvertrag besteht; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der stationären Vorsorgeleistungen genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

- die Anforderungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen und
- für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

// § 107 ABS. 2 SGB V:

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu

verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

Die Leistungen für Mütter und Väter sind Leistungen, auf welche die Versicherten einen Rechtsanspruch haben.

Beim Anspruch auf diese Leistungen wird klargestellt, dass bei Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sein müssen, wenn das angestrebte Vorsorgeziel nicht mit diesen Maßnahmen zu erreichen ist. Dies entspricht der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes.

Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter sind ausschließlich stationär in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § [111a](#) SGB V zu erbringen. Die ambulante Erbringung einer komplexen Vorsorgeleistung nach § [24](#) SGB V ist im Gesetz nicht vorgesehen. Insofern kommt bei der Notwendigkeit einer Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld nur eine stationäre Vorsorge in Betracht. Entsprechende Leistungen können als Mutter- bzw. Mutter-Kind-Maßnahme oder als Vater- bzw. Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden.

Im Rahmen der primär- und sekundärpräventiven Ausrichtung verfolgen die Leistungen unter Berücksichtigung der allgemeinen und mütter-/vaterspezifischen Kontextfaktoren das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken und ggf. bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern im Rahmen stationärer Vorsorgeleistungen durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z. B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) berücksichtigt werden.

Das Leistungsangebot ist auf die besonderen Bedürfnisse der Mütter/Väter und ggf. Kinder ausgerichtet. Beispielsweise finden sich bei Müttern/Vätern gehäuft nachfolgend genannte Gesundheitsstörungen:

- Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom)
- unspezifische muskuloskeletale Beschwerden
- Anpassungsstörung
- Unruhe- und Angstgefühle
- depressive Verstimmung
- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen

- Unter-/Über-/Fehlernährung
- funktionelle Magen-Darm-Probleme
- funktionelle Sexualstörungen

Insbesondere aus den oben genannten Gesundheitsstörungen kann sich die Indikation zu einer Vorsorgeleistung ergeben, sofern die medizinischen Indikationskriterien (Vorsorgebedürftigkeit, Vorsorgefähigkeit, Vorsorgeziele und Vorsorgeprognose) erfüllt sind.

Antragstellung

Gemeinsam mit dem Arzt wird die Notwendigkeit einer medizinischen Vorsorgekur nach § [24](#) SGB V besprochen. Wenn der Arzt dies aus medizinischer Sicht befürwortet, erstellt er eine ärztliche Verordnung auf dem Vordruckmuster 64 Teil A und sendet diese an die zuständige Krankenkasse.

Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst die Notwendigkeit der Leistungen nach § [24](#) SGB V unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung prüfen zu lassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen.



PRAXIS-TIPP:

Ihre Krankenkasse darf dem Medizinischen Dienst nur noch Stichproben (25 Prozent der eingereichten Fälle) zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit vorlegen. In allen anderen Fällen gilt grundsätzlich die ärztliche Verordnung als ausreichend.

Zuzahlung durch den Versicherten

Bei stationären Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter sieht das Gesetz eine Zuzahlungspflicht der Versicherten vor.

! WICHTIG:

Das gilt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Zu zahlen ist je Kalendertag ein Betrag von zehn Euro. Die gleiche Zuzahlungspflicht besteht bei medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, wenn die Kosten der medizinischen Vorsorgeleistungen voll von der Krankenkasse übernommen werden.

Gesundheits- oder Präventionsreisen

Präventionsreisen ermöglichen es, sich einmal für ein paar Tage aktiv auf die eigene Gesundheit zu konzentrieren. Die gesetzlichen Krankenkassen bezuschussen verschiedene Angebote, in denen Versicherte auf Präventionsreisen ihre Gesundheit fördern können und dabei von den Krankenkassen finanziell unterstützt werden.

Was ist eine Präventionsreise?

Eine Auszeit tut gut und kann dabei helfen, gesund zu bleiben. Genau das ist der Ansatz von Präventionsreisen. Sie bieten die Möglichkeit, sich ein paar Tage am Stück einmal auf sich selbst und die eigene Gesundheit zu konzentrieren. Präventionsreisen eignen sich daher besonders gut für Menschen, denen z. B. aufgrund hoher zeitlicher Einbindung in Beruf und Familie die Zeit fehlt, um im Alltag an einem Gesundheitskurs teilzunehmen.

Es gibt verschiedene Ziele für Präventionsreisen: im In- oder Ausland, am Strand, in den Bergen, in der Stadt oder auf dem Land. Und es gibt auch unterschiedliche Schwerpunkte, denen sich Präventionsreisen widmen. Einige beschäftigen sich mit dem Thema Stressreduktion und bieten Meditations- und Entspannungsübungen sowie Kurse zum Stressmanagement an. Andere stehen im Zeichen von Ernährung und Bewegung. Die Teilnehmer lernen, wie sie wieder fit in den Alltag starten.

Wer kann an einer Präventionsreise teilnehmen?

Präventionsreisen richten sich insbesondere an Personen, die z. B. aufgrund ihres Wohnorts, aus beruflichen Gründen wie unregelmäßigen Arbeitszeiten oder Schichtarbeit sowie aufgrund von familiären und privaten Belastungen nicht an wöchentlich stattfindenden Präventionsangeboten teilnehmen können.

Leistung der Krankenkassen

Die Krankenkassen dürfen sich nur an den Kosten für ein qualitätsgesichertes, zertifiziertes Präventionsangebot beteiligen. Dazu

gehören insbesondere Kursangebote und Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen von Präventionsreisen angeboten werden.

Dazu gehören Entspannungstechniken wie autogenes Training, Yoga oder aktive Angebote wie Nordic Walking oder Lauftraining zur Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems.

WICHTIG:

Für die übrigen Kosten, die bei der Teilnahme an einer Präventionsreise entstehen, z. B. für die Anreise, Übernachtung und Verpflegung, können die Krankenkassen keinen Zuschuss zahlen, bieten aber oft im Rahmen von Kooperationen mit bestimmten Anbietern günstige Konditionen an.

PRAXIS-TIPP:

Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse nach den entsprechenden Angeboten und Zuschussmöglichkeiten. Oftmals finden Sie die Angebote auch auf der Webseite Ihrer Krankenkasse.

2. Medizinische Rehabilitation

Arten der Rehabilitation

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Leistungen zur sozialen Teilhabe

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zuständigkeit der verschiedenen Rehabilitationsträger

Phasen der Rehabilitation

Vom Antrag zur Bewilligung

Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Einwilligungserklärung des Versicherten

Die Mitwirkungspflichten des Antragstellers

Die Bewilligung

Das Widerspruchsverfahren

Der gerichtliche Weg

Arten der Rehabilitation

Nach § 5 SGB IX werden die Leistungen der Rehabilitation in vier Bereiche eingeteilt. Diese umfassen:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur sozialen Teilhabe
- Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen

Der Gesetzgeber spricht als Oberbegriff bei den vier Bereichen von den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die gesetzlichen Regelungen zur Rehabilitation ergeben sich grundsätzlich aus dem SGB IX.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Nach § 49 SGB IX werden zur Teilhabe am Arbeitsleben die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
- eine Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
- die berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
- die berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- die Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2–5 SGB IX und
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um Menschen mit Behinderungen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Nach § [75](#) SGB IX werden zur Teilhabe an Bildung unterstützende Leistungen erbracht, die erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können.

Die Leistungen umfassen insbesondere

- Hilfen zur Schulbildung, insbesondere im Rahmen der Schulpflicht einschließlich der Vorbereitung hierzu,
- Hilfen zur schulischen Berufsausbildung,
- Hilfen zur Hochschulbildung und
- Hilfen zur schulischen und hochschulischen beruflichen Weiterbildung.

Leistungen zur sozialen Teilhabe

Nach § [76](#) SGB IX werden Leistungen zur sozialen Teilhabe erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen.

Leistungen zur sozialen Teilhabe sind insbesondere

- Leistungen für Wohnraum,
- Assistenzleistungen,
- heilpädagogische Leistungen,
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie,
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
- Leistungen zur Förderung der Verständigung,
- Leistungen zur Mobilität und
- Hilfsmittel.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Dieses Buch befasst sich mit dem Begriff und den Inhalten der medizinischen Rehabilitation. Dazu ist zuerst die Frage zu beantworten, was unter dem Begriff der Rehabilitation zu verstehen ist.

Begriff „Rehabilitation“

Medizinische Rehabilitation, im Folgenden abgekürzt als Rehabilitation bezeichnet, ist eine komplexe (interdisziplinäre und mehrdimensionale) Leistung, die u. a. dadurch gekennzeichnet ist, dass mehrere Berufsgruppen unter ärztlicher Leitung an der Therapie beteiligt sind, Therapiepläne und -fortschritte der Rehabilitanden im Rehabilitationsteam besprochen werden und die einzelnen Therapien inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind.

Rehabilitation schließt alle Leistungen ein, die darauf gerichtet sind,

- eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw.
- eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Die Teilhabe kann bedroht sein, wenn neben Schädigungen nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten bestehen.

Voraussetzung für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation ist eine Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten.

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer

Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht, oder

- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Die Definition der Rehabilitationsbedürftigkeit aus der Rehabilitations-Richtlinie setzt ein Gesundheitsproblem voraus, sodass Teilhabebeeinträchtigungen in diesem Kontext auch nur im Zusammenhang mit einem Gesundheitsproblem zu verstehen sind. Drohende oder bereits bestehende Teilhabebeeinträchtigungen resultieren aus den nicht nur vorübergehend beeinträchtigten Aktivitäten, weshalb Letztere unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren für die Planung des Rehabilitationsprozesses von zentraler Bedeutung sind.

Bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit sind sowohl umwelt- als auch personenbezogene Faktoren zu berücksichtigen.

Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzt.

Die Anforderungen an die Belastbarkeit des Rehabilitanden unterscheiden sich allerdings in Abhängigkeit der Indikation der Rehabilitationsleistung. So ist die Rehabilitationsfähigkeit für z. B. eine kardiologische Rehabilitation eine andere als diejenige für eine Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen und wiederum eine andere als für eine geriatrische Rehabilitation.

Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um die drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Realistische Rehabilitationsziele leiten sich aus den für die Versicherten alltagsrelevanten Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen ab. Rehabilitationsziele müssen für jeden Rehabilitanden individuell formuliert werden. Die Festlegung von Rehabilitationszielen erfolgt in einem partizipativen Prozess mit dem Versicherten.

Ziele der Rehabilitation können sein:

- vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Aktivitätsniveaus (Restitutio ad integrum)
- größtmögliche Wiederherstellung der Aktivitäten (Restitutio ad optimum)
- Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbliebener Funktionen und Aktivitäten (Kompensation)
- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe der oder des Versicherten (Adaption)

Um die angestrebten Rehabilitationsziele zu erreichen, sind die vorbestehenden Schädigungen bzw. deren Beeinflussung durch die rehabilitative Therapie zu berücksichtigen.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen,
- vor dem Hintergrund der individuell relevanten umwelt- und personenbezogenen Faktoren (z. B. Hilfsmittel, Unterstützung durch Familienangehörige, Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, Selbstvertrauen, Einstellung zur Krankheit und Behinderung, Selbstkompetenz, Gewohnheiten),
- durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation und
- in einem notwendigen Zeitraum.

Beispiel:

Ein gelernter Fliesenleger kann infolge eines Bandscheibenvorfalles nicht mehr in knieender Haltung arbeiten. Da er seinen gelernten Beruf nicht mehr ausüben kann, sollte er im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme etwa in einem Berufsförderungswerk für einen anderen Beruf umgeschult werden, da andernfalls seine Erwerbsfähigkeit dauerhaft aufgehoben sein könnte.

Die gesetzlichen Krankenkassen sehen beispielsweise bei Versicherten einen Rehabilitationsbedarf, wenn ihnen Pflegebedürftigkeit droht. So ist einem Patienten, der einen Schlaganfall erlitten hat, durch geeignete Maßnahmen dabei zu helfen, mit seinen eingeschränkten körperlichen Fähigkeiten die Verrichtungen des täglichen Lebens eigenständig neu zu erlernen, z. B. durch ein Umstellen von Rechts- auf Linkshänder.

Eine Rehabilitationsfähigkeit wird anerkannt, wenn die somatische und die psychische Verfassung, d. h. die Motivation und Aktivierbarkeit des Patienten sowie seine Belastbarkeit, die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation zulassen.

Die Rehabilitationsprognose gibt eine Aussage darüber ab, wie

wahrscheinlich der Erfolg der Maßnahme ist. Das ist die Voraussetzung dafür, dass der zuständige Kostenträger die Rehabilitation bewilligt. Die Rehabilitationsprognose orientiert sich vor allem an zwei Fragen:

- Ist das angestrebte Ziel erreichbar, kann also die Reha dazu dienen, drohende oder bestehende Beeinträchtigungen zu vermeiden oder zu verringern?
- Ist dieses Ziel nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen auch zu erreichen, wenn die vorgeschlagene Reha-Maßnahme möglichst sparsam eingesetzt wird?

Die Antworten auf diese Fragen müssen medizinisch begründet werden. Sie berücksichtigen u. a. den bisherigen Verlauf einer Erkrankung, psychosoziale Faktoren des Patienten wie sein familiäres Umfeld oder seine berufliche Situation sowie die Frage, in welchem Zeitraum das gewünschte Rehabilitationsziel zu erreichen ist.

Zuständigkeit der verschiedenen Rehabilitationsträger

Jeder Versicherte kann Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Wie bereits erwähnt, gibt es unterschiedliche Arten der Rehabilitation und dadurch bedingt auch eine Vielzahl von möglichen Rehabilitationsträgern. Die Frage der Zuständigkeit ergibt sich aus der jeweiligen Zielsetzung und dem Status des Versicherten:

| Zielgruppe/Zielsetzung | Kostenträger/Sozialgesetzbuch | Kernbereiche |
|--|--|--|
| berufstätige Menschen „Rehabilitation vor Rente“ | gesetzliche Rentenversicherung SGB VI | medizinische Rehabilitation berufliche Rehabilitation Rente bei verminderter Erwerbsfähigkeit |
| Rentner Mütter und Väter | gesetzliche Rentenversicherung SGB V | medizinische Rehabilitation Mutter-/Vater-Kind-Kuren |
| Betroffene von Arbeitsunfällen | gesetzliche Rentenversicherung SGB VII | medizinische/berufliche Rehabilitation finanzielle Entschädigung |
| arbeitssuchende Menschen von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen | Arbeitsförderung Bundesagentur für Arbeit SGB III | berufliche Rehabilitation Aus-, Fort- und Weiterbildung Arbeitsvermittlung |
| Kriegsopfer Opfer von Gewaltverbrechen schwerbehinderte Menschen | soziale Entschädigung Versorgungsämter Fürsorgestellen SGB IX | medizinische/berufliche/soziale Rehabilitation Nachteilsausgleiche |

Wann stehen Ihnen Rehabilitationsmaßnahmen zu?

Potenzielle Anspruchsinhaber für alle Leistungen der Rehabilitation sind Menschen mit Behinderung sowie von Behinderung bedrohte Menschen. Ziel der Leistungen ist es, ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Beispiel:

Herr Bauer, 78 Jahre, ist noch sehr rüstig und gesetzlich krankenversichert. Seit er vor zwölf Jahren in Rente gegangen ist, kümmert er sich allein um sein Haus und seinen Garten. Oft ist er auch mit seinen Enkelkindern unterwegs. Bei Gartenarbeiten fällt er plötzlich von der Leiter und erleidet

einen Oberschenkelhalsbruch. Im Krankenhaus muss er sich langwierigen Behandlungen unterziehen. Doch auch nach seiner Rückkehr nach Hause hat er noch massive Beschwerden. Als er bei der Nachbarin über seine Einschränkungen klagt, schlägt sie ihm vor, er solle eine Reha machen. Auf diese Idee ist er bisher noch nicht gekommen und auch seine behandelnden Ärzte haben ihn nicht darauf aufmerksam gemacht.

Herr Bauer ist grundsätzlich ein von Behinderung bedrohter Mensch und somit hat er Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Form einer ambulanten oder stationären Maßnahme. Da er bereits Rentner ist, ist für ihn die gesetzliche Krankenversicherung als zuständiger Rehabilitationsträger zuständig.

Phasen der Rehabilitation



DAS NEUROLOGISCHE PHASENMODELL AM BEISPIEL APOPLEX (SCHLAGANFALL)

■ **Phase A: Medizinische Akutbehandlung**

Wird ein Patient mit einem akut erlittenen Schlaganfall in ein Krankenhaus (z. B. auf eine spezielle Abteilung für Schlaganfallpatienten = Stroke Unit) eingeliefert, stehen zunächst eine schnelle Diagnostik und Therapie im Vordergrund. Dabei geht es darum, eine weitere Schädigung des Gehirns möglichst zu verhindern und Komplikationen vorzubeugen. Gleichzeitig können mithilfe aktivierender Pflegemaßnahmen (z. B. Bewegungsförderung) die ersten rehabilitativen Maßnahmen beginnen.

■ **Phase B: Frührehabilitation**

Hat sich der Betroffene nach der Akutphase so weit stabilisiert, dass i. d. R. keine künstliche Beatmung und keine Intensivbehandlung mehr nötig sind, beginnt die Phase der Frührehabilitation. Diese kann sowohl in Akutkrankenhäusern als auch in speziellen Rehabilitationskliniken durchgeführt werden. Die Zielsetzung innerhalb dieser Phase besteht darin, den Betroffenen weiter zu stabilisieren und sein Bewusstsein zu fördern, sodass er aktiv an den Rehabilitationsmaßnahmen mitarbeiten kann. Hierzu werden unterschiedliche Therapien eingesetzt, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und aktivierend-therapeutische Pflege nach Bobath.

■ **Phase C: Weiterführende Rehabilitation**

In Phase C geht es vor allem darum, verloren gegangene Funktionen wiederherzustellen, zu trainieren und den Betroffenen im Krankheitsbewältigungsprozess zu unterstützen.

Die Personen sollen zu einer möglichst aktiven Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen in der Lage sein, benötigen aber in dieser Phase oft noch Hilfestellung bei den Alltagsaktivitäten, z. B. der Körperpflege. Maßnahmen der Phase C werden in aller Regel in speziellen Rehabilitationskliniken durchgeführt. Hier finden neben der ärztlichen Versorgung z. B. Therapien der Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie und wiederum aktivierend-therapeutische Pflege statt. An die Phase C schließt sich entweder eine Weiterbehandlung in der Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung), in der ambulanten Nachsorge oder bei schlechten Rehabilitationsaussichten eine zustandserhaltende Dauerpflege an.

- **Phase D:** Anschlussheilbehandlung

Die Phase D eignet sich für Menschen, bei denen sich nach dem Schlaganfall eine rasche Rückbildung der Funktionsausfälle zeigt. Die Betroffenen sollen in dieser Phase bereits weitgehend selbstständig ggf. mit Hilfsmitteln an mehreren Therapien täglich teilnehmen können. Die Zielsetzung der Phase D besteht darin, den Patienten zu einer möglichst hohen Alltagsbewältigungskompetenz zu verhelfen. Dem dienen sowohl Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltagsleben als auch weitergehende Krankheitsbewältigungshilfen. In dieser Phase liegt ein besonderer Schwerpunkt auf aktivierenden und therapeutischen Maßnahmen.

- **Phase E:** Ambulante Nachsorge **und** medizinisch-berufliche Wiedereingliederung

Die Phase E tritt ein, wenn die Betroffenen wieder weitgehend selbstständig ihren Alltag bewältigen können. Eine Hauptzielsetzung liegt hier in der beruflichen Wiedereingliederung. Anpassungen des Arbeitsplatzes an eine bleibende Behinderung, eine stufenweise Erhöhung der Arbeitszeit (stufenweise Wiedereingliederung) zur Eingewöhnung in den Arbeitsprozess oder die Erprobung von

Belastungsgrenzen des betroffenen Menschen sind relevante Maßnahmen in dieser Phase. Dabei kann eine ambulante Nachsorge dauerhaft erforderlich sein, z. B. den Betroffenen mit Hilfsmitteln zu versorgen oder Therapien weiterzuführen.

■ **Phase F: Zustandserhaltende (aktivierende) Dauerpflege**

Sollten sich auch nach den umfassenden Rehabilitationsmaßnahmen bei dem betroffenen Menschen keine oder nur wenige Funktionsverbesserungen zeigen, sodass ein weitgehend selbstständiges Alltagsleben nicht möglich ist, besteht in aller Regel eine Pflegebedürftigkeit. Die Phase F hat zum Ziel, den erreichten Funktionsstatus möglichst lange zu erhalten und einer weiter voranschreitenden Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Eine erneute Rehabilitationsmaßnahme ist möglich, wenn sich ein Potenzial für Funktionsverbesserungen zeigt. Für die Phase F stehen entweder auf Langzeitversorgung spezialisierte Einrichtungen zur Verfügung oder der Pflegeempfänger wird zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut.

Je nach Lebenssituation des Betroffenen (Alter, Grunderkrankung) kommen zur weiteren Betreuung auch Formen von betreutem Wohnen in Wohngruppen oder betreuten Wohngemeinschaften infrage. Das Behandlungsmodell zeigt die unterschiedlichen Zielsetzungen in den jeweiligen Phasen der Erkrankung. Dementsprechend kommen in den jeweiligen Rehabilitationsphasen unterschiedliche Berufsgruppen zum Einsatz, die zusammen das Rehabilitationsteam bilden.

Die Betroffenen durchlaufen die Phasen nicht notwendigerweise in dieser Reihenfolge. Es können auch Phasen übersprungen werden. Die Phase F kann außerdem als die letzte Phase verstanden werden, da sie der dauerhaften Pflege entspricht.

Vom Antrag zur Bewilligung

Wenn Patienten der Auffassung sind, dass ihnen eine Reha zustehe oder sie gesundheitlich angeschlagen sind, ohne einen Unfall erlitten zu haben, ist der übliche Ablauf, zunächst den Hausarzt zu konsultieren und ihr Anliegen mit ihm zu besprechen. Der Arzt wird bei der Beantragung von Rehabilitationsleistungen in der Regel gern unterstützen. Es kann jedoch sein, dass Patienten mit Nachdruck darauf hinweisen müssen. Ob der Antrag positiv oder negativ vom Rehabilitationsträger entschieden wird, hängt davon ab, ob die für die gewünschte Maßnahme erforderlichen persönlichen und medizinischen Voraussetzungen beim Antragsteller erfüllt sind.

Wesentliche Gesichtspunkte für einen positiven Bescheid sind die Einschätzungen, dass durch die Rehabilitationsmaßnahmen ein Leiden gemildert, ein Krankheitsprozess verlangsamt oder eine krankheitsbedingte Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit gebessert werden kann und somit eine positive Rehabilitationsprognose besteht.

Der behandelnde Arzt stellt eine ärztliche Verordnung auf dem Vordruckmuster 61 aus.

In dieser Verordnung gibt der Haus- oder Facharzt die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sowie sonstige rehabilitationsrelevanten Diagnosen mit an. Der Arzt sendet die Verordnung der Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme an die zuständige Krankenkasse, diese prüft ihre Zuständigkeit oder die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers und sendet die Verordnung wieder an die Vertragsarztpraxis zurück.

! WICHTIG:

Der Antragsteller erhält in der Regel von seiner Krankenkasse anschließend unaufgefordert die entsprechenden Vordrucke zugesandt, welche er zusammen mit seinem Arzt ausfüllt und entweder bei der Krankenkasse oder beim Rentenversicherungsträger einreicht.

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

| 1 | A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM | 2 Ursache * |
|--|--|-----------------------------|-------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |

*** Mögliche Ursache der Erkrankung**
(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IFSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

3 ☐ **Beratung der/des Versicherten**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt.**

4 ☐ **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

5 ggf. weitere Anmerkungen

Datum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

6 III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

☐ Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Antragstellung

Nach § 19 SGB IV werden Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, nach dem Recht der Arbeitsförderung sowie in der sozialen Pflegeversicherung auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt. Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung werden grundsätzlich von Amts wegen erbracht, d. h. sie erfolgen in der Regel über die Unfallanzeige des Betriebs oder des Durchgangsarztes.

Wichtig ist hierbei § 16 SGB I. Danach sind Anträge auf Sozialleistungen beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Sie werden auch von allen anderen Leistungsträgern und Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen.

Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer für die Sozialleistung nicht zuständigen Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei einem der unzuständigen Leistungsträger eingegangen ist.

Beispiel:

Sie stellen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Ihrer zuständigen Krankenkasse. Nach Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen stellt die Krankenkasse fest, dass der Rentenversicherungsträger für die Leistung der Rehabilitation zuständig ist.

Die Krankenkasse ist verpflichtet, den Antrag unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) an den zuständigen Träger der Rentenversicherung weiterzuleiten.

Des Weiteren sind die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden.

Nach § 14 SGB I hat jeder Bürger Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach dem SGB. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

Durch § 15 SGB I sind die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach dem SGB Auskünfte zu erteilen.

Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist.

Die Auskunftsstellen sind verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen.

Besondere Regelung der Antragstellung bei Leistungen zur Rehabilitation

Werden Leistungen zur Rehabilitation beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Prüfung ihrer Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 SGB V.

Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu und unterrichtet hierüber den Antragsteller. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Zwei-Wochen-Frist nicht möglich, soll der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet

werden, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt.

Wird der Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit statt beim Rentenversicherungsträger gestellt, werden dort keine Feststellungen hinsichtlich einer verminderten Erwerbsfähigkeit getroffen.

Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung unverzüglich und umfassend fest und erbringt die Leistungen (leistender Rehabilitationsträger).

Muss für diese Feststellung kein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der leistende Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Fristen für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die Frist beginnt mit dem Antragseingang bei diesem Rehabilitationsträger.

Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Aus dem SGB IX ist hier die Vorschrift des § [25](#) maßgebend, welcher die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Rehabilitationsträger regelt. Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, dass

- die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
- Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
- Beratung entsprechend den im SGB IX genannten Zielen geleistet wird,
- Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden,
- Prävention geleistet wird sowie
- die Rehabilitationsträger im Fall eines Zuständigkeitsübergangs rechtzeitig eingebunden werden.

Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

! WICHTIG:

Seit dem 01.07.2022 erhalten Patienten leichter Zugang zu geriatrischer Rehabilitation und Anschlussrehabilitation. Ob eine geriatrische Rehabilitation für Versicherte ab 70 Jahren medizinisch erforderlich ist, wird nun nicht mehr von der Krankenkasse geprüft. Stattdessen prüfen Vertragsärzte anhand festgelegter Kriterien und über Funktionstests den medizinischen Bedarf. Sind die Kriterien

erfüllt, können sie mit den Ergebnissen die Erforderlichkeit auf dem Verordnungsformular begründen; die Krankenkasse prüft dann nur noch die leistungsrechtlichen Voraussetzungen.

Einfacher wird es außerdem für alle Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt eine sog. Anschlussrehabilitation (früher: Anschlussheilbehandlung) benötigen. Hier entfällt bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine Rehabilitation für bestimmte Indikationen ebenfalls die Überprüfung der Krankenkassen, ob die Leistung medizinisch erforderlich ist, so beispielsweise bei Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufsystems, nach Einsatz eines neuen Knie- oder Hüftgelenks oder bei Krebserkrankungen.

Was Sie bei der Antragstellung beachten sollten:

- Lassen Sie sich frühzeitig von Ihrem Haus- oder Facharzt oder weiteren Ansprechpartnern (z. B. Sozialdienst im Krankenhaus, Psychotherapeut) beraten: Welche Leistungen kommen für Sie infrage? Welche Voraussetzungen müssen Sie erfüllen?
- Erkundigen Sie sich nach Behandlungsverfahren, Kliniken und möglichen Kurorten, bevor Sie den Antrag stellen. Die Leistungsträger sind verpflichtet, persönliche Verhältnisse und familiäre Gründe mit zu berücksichtigen. Grundsätzlich sollte es sich um eine Einrichtung handeln, mit der der jeweilige Kostenträger einen Versorgungsvertrag geschlossen hat, also keine reine Privatklinik. Es gibt eine Vielzahl von Wellnessangeboten, die weit über die Leistungen der Kostenträger hinausgehen. Hier ist es wichtig, sich neben der Klärung der Kostenübernahme auch über die Qualität der Angebote grundlegend zu informieren.
- Füllen Sie das Antragsformular sorgfältig und vollständig aus. Holen Sie sich Unterstützung, wenn Sie nicht weiterkommen. Oft genügt ein Telefonat mit oder ein Besuch bei dem zuständigen Rehabilitationsträger.
- Lassen Sie sich beraten, wenn Fragen oder Schwierigkeiten auftreten.

Vereinbaren Sie persönlich Termine, wenn umfangreiche Detailfragen zu klären sind.

- Klären Sie auf jeden Fall vor Antritt Ihrer Rehabilitationsmaßnahme, ob die Finanzierung geklärt ist. Nehmen Sie keine Maßnahmen in Anspruch, bevor Sie eine schriftliche Zusage in den Händen halten. Andernfalls ist der Kostenträger nicht verpflichtet, die Kosten zu übernehmen.

Einwilligungserklärung des Versicherten

Nach § 6 Abs. 4 Reha-RL müssen Vertragsärzte den Versicherten im Rahmen der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB V an den Vertragsarzt sowie die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Angehörige oder Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen informieren. Der Inhalt der abgegebenen Erklärung wird über das Verordnungsformular Muster 61 an die Krankenkasse übermittelt.



PRAXIS-TIPP:

Die Träger der Rehabilitation sind zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nach § 12 SGB V verpflichtet. Das ist auch der Grund dafür, dass oftmals Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen aus Budgetgründen zunächst abgelehnt werden. Für die Entscheidung bezüglich des Antrags auf die Rehabilitationsmaßnahmen sind aber allein die gesetzlichen Vorgaben maßgeblich. Scheuen Sie sich deshalb nicht, Widerspruch einzulegen.

Die Mitwirkungspflichten des Antragstellers

Die Mitwirkungspflichten werden allgemein für alle sozialen Bereiche in den §§ 60 bis 67 SGB I geregelt. Dies umfasst auch die Mitwirkung im Rahmen der Maßnahmen der Rehabilitation. Danach hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Nach ausdrücklicher Vorschrift in § 60 Abs. 2 SGB I sollen Vordrucke benutzt werden, soweit diese vorgesehen sind.

Hierbei ist insbesondere der Antragsvordruck für die Verordnung von Leistungen der Rehabilitation zu beachten, vgl. hierzu Muster 61.

Die Zustimmung zu Auskünften durch Dritte ist z. B. im Zusammenhang mit Ärzten zu sehen, die Auskünfte über den Gesundheitszustand des Antragstellers geben können. Auch für die Zustimmungserklärungen werden in der Regel Vordrucke benutzt.

Anträge unterliegen in der Regel keinerlei Formerfordernissen, sie können daher schriftlich, persönlich oder zur Niederschrift, telefonisch oder per E-Mail oder per Fax gestellt werden.

Ist medizinischer Sachverstand für die Beurteilung des Antrags erforderlich, muss der Träger interne oder externe Gutachter (meistens den Medizinischen Dienst) einschalten, die die medizinische Notwendigkeit der beantragten

Rehabilitationsleistung beurteilen. Hierfür kann auch eine persönliche Begutachtung nach § [62](#) SGB I durchgeführt werden. In diesem Fall hat der Antragsteller Anspruch auf Erstattung der ggf. notwendigen Fahrkosten. Die persönliche Begutachtung kann der Antragsteller nur mit gewichtigen Argumenten ablehnen, z. B. wenn bereits eindeutige Befundberichte vorliegen und die erneute Untersuchung überflüssig ist. Eine persönliche Begutachtung kann entbehrlich sein, wenn sich der zu begutachtende Zustand zweifelsfrei aus aktuellen Befundberichten ableiten lässt.

Die Bewilligung

Hat der zuständige Träger seines Erachtens alle anspruchrelevanten Umstände ermittelt, schließt er das Antragsverfahren mit einem Bescheid ab. Grundsätzlich soll der Träger über den Antrag innerhalb von zwei Monaten entscheiden. Versäumt er diese Frist ohne zwingenden Grund, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Der Bescheid besteht aus der Bewilligung oder Ablehnung der beantragten Leistung. Im Falle der Ablehnung muss eine Begründung enthalten sein. Unter der Ablehnung muss eine Rechtsbehelfsbelehrung stehen.

Die Bewilligung enthält Angaben zum Beginn und zur Dauer der Maßnahme. Außerdem legt sie den Ort bzw. bei ambulanten Maßnahmen den behandelnden Mediziner fest. Mit der Antragstellung kann der Versicherte in Abstimmung mit seinem Arzt Einfluss auf den Ort und die Einrichtung nehmen. Wird ihm ein Ort oder eine bestimmte Klinik zugewiesen, mit dem/der er nicht einverstanden ist, kann er auch gegen diesen Bescheid Widerspruch einlegen.

Anstatt ein förmliches Widerspruchsverfahren anzustrengen, kann sich der Antragsteller zunächst bei dem zuständigen Rehabilitationsträger melden und ihn bitten, den Bescheid von Amts wegen hinsichtlich Zeit und/oder Ort abzuändern. Zu beachten ist aber dabei, dass der Bescheid nach Ablauf der Widerspruchsfrist bestandskräftig wird. Der Widerspruch ist daher erforderlich, wenn nicht unverzüglich ein Bescheid nach den Vorstellungen des Antragstellers erlassen wurde. Die Widerspruchsfrist wird im folgenden Abschnitt näher erläutert.

Das Widerspruchsverfahren

Prüfung des Feststellungsbescheides

Der zuständige Rehabilitationsträger trifft die Entscheidung als Verwaltungsakt gem. § [31](#) SGB X. Es kann durchaus vorkommen, dass der Bescheid nicht nach den Erwartungen des Antragstellers ausfällt. Die Enttäuschung ist dann häufig groß und die Frage einer ungerechten Behandlung steht im Raum.

Am besten ist der Bescheid zuerst mit dem behandelnden Arzt zu besprechen. Er ist über den Gesundheitszustand seines Patienten informiert und kann diesen bei den weiteren Schritten unterstützen.

Den behandelnden Arzt trifft nicht die Schuld am Bescheid des Rehabilitationsträgers. Er haftet vor dem Gesetz lediglich für seine Atteste oder Befundberichte, diese müssen wahrheitsgemäß erstellt worden sein.

Der behandelnde Arzt kann jedoch sachkundig den unbefriedigenden Bescheid bezüglich der medizinischen Voraussetzungen der Genehmigung einer medizinischen Rehabilitation überprüfen und umfassend beraten.

Der Hausarzt kann in manchen Fällen gut einschätzen, ob ein Widerspruch die richtige Entscheidung ist. Es sollte bedacht werden, dass ein Widerspruchsverfahren in einzelnen Fällen bis zu sechs Monate dauern kann.

Sollte der Antragsteller zu der Überzeugung kommen, dass er gegen den Bescheid des Rehabilitationsträgers einen Widerspruch einreichen will, kann sich sein behandelnder Arzt bereit erklären, den Widerspruch mit medizinischen Argumenten auszustatten oder diese in einem ärztlichen Gutachten abzufassen, um beispielsweise

- nicht geltend gemachte Erkrankungen nachträglich anzuzeigen oder
- nicht berücksichtigte gesundheitliche Einschränkungen bei geltend gemachten Erkrankungen zu beanstanden.

Darüber hinaus kann auch ein auf Sozialrecht spezialisierter Anwalt oder Verbandsvertreter zu Rate gezogen werden.

Begründung des Widerspruchs

Der Widerspruch sollte fundiert begründet werden. Das Gefühl, ungerecht behandelt worden zu sein oder dass ein Bekannter bei scheinbar gleichem Erkrankungsbild eine Rehabilitationsmaßnahme genehmigt bekommen hat, reicht zur Begründung eines Widerspruchs nicht aus.

Grundsätzlich ist anzunehmen, dass der Rehabilitationsträger den Antrag auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation anhand der eingereichten Unterlagen sorgfältig und gewissenhaft im Rahmen des § 20 SGB X geprüft hat.

Ein Widerspruch ist deshalb nur dann sinnvoll, wenn er gut begründet werden kann, das heißt auch nachgeschobene Unterlagen/Befunde müssen nachweisbar sein.

Der Widerspruchsbescheid

Im Widerspruchsverfahren (sog. Vorverfahren), welches vor einer Klageerhebung im Sozialverfahren zwingend vorgeschrieben ist, wird derselbe Rehabilitationsträger, der den Bescheid erlassen hat, sich nochmals mit dem Anliegen des Antragstellers befassen. Wenn die neuen Erkenntnisse, z. B. nachgereichte Untersuchungsbefunde, ausreichen, kann der bisherige Bescheid korrigiert werden. Hierüber wird ein Abhilfe- oder ein Teilabhilfebescheid nach § 85 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erteilt.

Wenn der Rehabilitationsträger den Widerspruch negativ bescheidet, wird dem Antragsteller ein Widerspruchsbescheid zugestellt, der die Begründung der Entscheidung und eine Rechtsbehelfsbelehrung mit Nennung des zuständigen Sozialgerichts für eine eventuelle Klage enthält. Die Klage ist vom Betroffenen innerhalb eines Monats zu erheben.



PRAXIS-TIPP:

Vor der Begründung Ihres Widerspruchs können Sie beim jeweiligen Rehabilitationsträger einen Antrag auf Akteneinsicht stellen, um die Gründe für die Ablehnung zu erfahren.

Recht auf Akteneinsicht

Nach § [25](#) SGB X haben Beteiligte das Recht auf Akteneinsicht beim zuständigen Träger der Rehabilitation. Das Amt hat lediglich zu prüfen, ob dem Antragsteller aus der Kenntnis des medizinischen Akteninhalts Nachteile gesundheitlicher Art entstehen können. Das ist z. B. der Fall, wenn ein Versicherter im Rahmen der Akteneinsicht von weiteren bisher nicht bekannten Nebenwirkungen erfährt. Dann kann der Inhalt der Unterlagen durch einen Arzt vermittelt werden.

Der gerichtliche Weg

Die Klage und Inhalt der Klage

Klagebefugt ist nur der jeweilige Antragsteller. Dem Arbeitgeber steht kein Widerspruchs- oder Klagerecht zu. Betroffene können sich im kostenfreien sozialgerichtlichen Verfahren durch Rechtsschutzsekretäre der Gewerkschaften, Rechtsanwälte oder sonstige zugelassene Rechtsbeistände vertreten lassen. Ihre Rechte können auch mit ihrem Einverständnis durch einen Behindertenverband geltend gemacht werden.

In der Klageschrift sollte man darauf achten, dass folgende Punkte zum Ausdruck kommen.

Inhalt der Klage

Worum geht es bei der Klage, welchen Feststellungen des Bescheids des Rehabilitationsträgers widersprechen Sie?

Beispiel:

Ich widerspreche der Feststellung, dass mein Bandscheibenleiden auch ambulant durch einen Haus- oder Facharzt behandelt werden kann.

Begründung des Widerspruchs

Womit begründen Sie den Widerspruch gegen den Rehabilitationsträger?

Beispiel:

Es handelt sich bei meinem Bandscheibenschaden um Bandscheibenvorfälle an zwei verschiedenen Abschnitten der Wirbelsäule, außerdem wurden Komplikationen, wie Nervenkompression und angeborene Fehlhaltung, nicht berücksichtigt.

Die Behauptungen müssen mit ärztlichen Untersuchungsbefunden (orthopädische Berichte, Röntgen-, CT-Bilder etc.) belegt werden. Sie können auch Zeugen benennen. Die Beweismittel sollten klar und eindeutig sein. Auch wenn das Sozialgericht den Sachverhalt von Amts wegen aufklärt, ist dringend zu empfehlen, im Prozess aktiv mitzuwirken und selbst die notwendigen Informationen, ggf. ärztliche Untersuchungsbefunde, Atteste oder Gutachten zu besorgen.

Auf die Wichtigkeit einer sehr sorgfältigen Klagebegründung ist besonders hinzuweisen.

Die Aufklärungspflicht der Sozialgerichte

Der vorsitzende Richter der Kammer ist verpflichtet, die Einzelheiten des Falls festzustellen und aufzuklären.

Das Sozialgerichtsgesetz (§ [106](#) SGG) unterscheidet sich hier wesentlich von den Vorschriften der Zivilprozessordnung. Dort müssen die Beteiligten (Kläger und Beklagter) von sich aus alle Beweismittel vorlegen bzw. benennen. Im Sozialgerichtsprozess ist dies anders.

Zur Durchführung der Aufklärungspflicht des Gerichts kann dieses insbesondere

- um Überlassung von Urkunden ersuchen,
- Dokumentationen von ärztlichen Untersuchungen, Röntgenbildern etc. hinzuziehen,
- Auskünfte jeglicher Art einholen,
- Zeugen und Sachverständige vernehmen oder auch eidlich durch den Richter vernehmen lassen,
- die Inaugenscheinnahme sowie die Begutachtung durch Sachverständige anordnen und ausführen,

- andere Sachverständige vorladen und
- einen Termin anberaumen, das persönliche Erscheinen der Beteiligten (auch des Klägers) anordnen und den Sachverhalt mit diesen erörtern.

Ärztliche Begutachtung

Die meisten Widersprüche und Klagen werden wegen medizinischer und nicht wegen formeller Gründe erhoben.

In der Regel beauftragen die Gerichte im Laufe des Prozesses einen gerichtlichen Sachverständigen, d. h. einen ärztlichen Sachverständigen.

Ein unabhängiger Gutachter kann nicht nur vom Gericht, sondern auch vom Kläger vorgeschlagen werden (§ [109](#) SGG). Dieses ärztliche Gutachten ist kein Partei- oder Privatgutachten, sondern gilt als eine Beweiserhebung durch das Gericht, um den Sachverhalt besser aufklären zu können.

Der ärztliche Gutachter (bzw. gerichtliche Sachverständige) hat den Kläger nach richterlichen Vorgaben zu untersuchen, um dessen geltend gemachten Gesundheitsstörungen nach eigenem Eindruck und eigenen Feststellungen zu bewerten. Die Vorgaben sollen auf die beim Kläger gegebenen gesundheitlichen Besonderheiten Rücksicht nehmen.

Grundlagen der Begutachtung sind:

- der Feststellungsbescheid des Rehabilitationsträgers
- der Widerspruch gegen den Feststellungsbescheid
- der Widerspruchsbescheid des Rehabilitationsträgers
- die in der Klageschrift formulierten Einwände gegen die im Widerspruchsbescheid beschriebenen Feststellungen des Rehabilitationsträgers
- weitere ärztliche Untersuchungsbefunde zu bereits geltend gemachten oder im Verfahren neu aufgetretenen oder verschlimmerten Krankheiten

- persönliche Feststellungen des Gutachterarztes bei der gutachterlichen Untersuchung

Der Gutachter hat bei seiner ärztlichen Untersuchung eine andere Aufgabe als der Hausarzt. Er prüft die durch die vorliegenden Erkrankungen verursachten Funktionsstörungen und Behinderungen und setzt diese quantitativ in Beziehung mit dem vom Gesetzgeber gebotenen Nachteilsausgleich und den angebotenen Teilhabemöglichkeiten.

Dagegen haben alle behandelnden Ärzte, Fach- oder Klinikärzte einschließlich des Hausarztes die Aufgaben, die Beschwerden abzuklären, die verursachenden Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln.

Es ist dringend ratsam, spätestens vor dem Widerspruch gegen einen Feststellungsbescheid für die notwendige Klarheit über die Gesundheitsstörungen zu sorgen. In dieser Weise kann der Kläger dann auch den Gutachter bei seiner Arbeit unterstützen.

! WICHTIG:

Es besteht für den Kläger Mitwirkungspflicht. Für den gesamten Bereich des Sozialrechts sind die Mitwirkungspflichten im SGB geregelt (§§ [60](#) ff. SGB I). Der Sozialleistungsträger kann vom Antragsteller verlangen, dass er sich ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterzieht.

Nach Abschluss der Beweisaufnahme wird vom Richter entweder ein „Termin zur Erörterung“ festgesetzt, an dem eine Einigung der Parteien (Kläger und Rehabilitationsträger) möglich ist, oder die mündliche Verhandlung anberaumt. Hier kann der Kläger oder sein Rechtsvertreter die Argumente nochmals vortragen und den Argumenten widersprechen. Am Schluss der mündlichen Verhandlung fällt das Gericht ein Urteil.

Das Gerichtsurteil

Das Sozialgericht entscheidet in der Regel durch Urteil (§ [125](#) SGG). Es

kann, sofern in der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen wurde, nach Lage der Akten entscheiden, wenn zu einem Termin keiner der Beteiligten erscheint oder beim Ausbleiben von Beteiligten die erschienenen Beteiligten dies beantragen.

Im Urteil müssen die Entscheidungsgründe ersichtlich sein (§ [136](#) SGG). Außerdem ist die Darstellung des Tatbestands erforderlich. Diese kann durch eine Bezugnahme auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze und auf die zur Sitzungsniederschrift erfolgten Feststellungen ersetzt werden, soweit sich aus ihnen der Sach- und Rechtstatbestand richtig und vollständig ergibt. In jedem Fall sind jedoch die erhobenen Ansprüche genügend zu kennzeichnen und die dazu vorgebrachten Angriffs- und Verteidigungsmittel ihrem Wesen nach hervorzuheben.

Das Gerichtsverfahren endet mit

- der Anerkennung der Ansprüche, einem Vergleich bzw. einer Klagerücknahme bei fehlender Aussicht auf Erfolg,
- der Kostenfestsetzung und
- dem Hinweis auf Berufungsmöglichkeiten.

Die Berufung

Berufung gegen die Entscheidung des Sozialgerichts kann nur erhoben werden, wenn dies im Urteil zugelassen ist (§ [144](#) SGG). Wird die Berufung ausgeschlossen, kann hingegen Beschwerde beim Sozialgericht oder Landessozialgericht eingelegt werden. Die Entscheidung hierüber fällt das Landessozialgericht.

Die Berufung ist beim Landessozialgericht innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils einzureichen (§ [151](#) SGG). Die Frist ist also identisch mit der zur Einreichung einer Klage. Hier läuft der Monat von der Zustellung des Widerspruchsbescheids an.

Auch beim Landessozialgericht besteht die Aufklärungspflicht des Gerichts.

Im Berufungsverfahren vor einem Landessozialgericht spielt der medizinische Sachverständige eine wichtige Rolle. Er agiert im Auftrag und nach Vorgaben des Gerichts oder auf Antrag des Klägers, der zugelassen werden muss. Die Gestaltung des medizinischen sachverständigen Gutachtens richtet sich nach den Voraussetzungen und der Zielsetzung, welche bereits beim Sozialgerichtsverfahren beschrieben wurde. Der Gutachter hat sämtliche, im laufenden Verfahren bereits erstellte medizinische Gutachten zusätzlich zu den vom Kläger vorgetragenen und bei der Untersuchung gewonnenen Daten aufzuarbeiten und in seine gutachterlichen Feststellungen einfließen zu lassen.

Zielsetzung des ärztlichen Gutachters ist es, die Restgesundheit des Klägers und eine damit verbundene Restleistungsfähigkeit und daraus resultierende Einsetzbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt exakt festzustellen. Es ist vom Kläger zu beachten, dass Verschlimmerungen, Auftreten von Komplikationen, neu festgestellte Erkrankungen während des Verfahrens vorzutragen und nachzuweisen sind.

! WICHTIG:

Aufgrund der immensen Prozessbelastung kann nur eine positive Mitarbeit seitens des Klägers den Gutachter in die Lage versetzen, seinem berechtigten Begehren zur Geltung zu verhelfen.

Die Revision

Gegen die Entscheidung des Landessozialgerichts ist Revision vor dem Bundessozialgericht möglich. Hier besteht allerdings Anwaltszwang. Die Revision muss im Berufungsverfahren zugelassen werden. Gegen eine Nichtzulassung ist Nichtzulassungsbeschwerde vor dem Bundessozialgericht möglich (§§ [160](#), [160a](#) SGG).

Das Bundessozialgericht klärt den Sachverhalt allerdings nicht mehr erneut auf. Es handelt sich hierbei um eine Rechtsinstanz. Es wird geprüft, ob das Landessozialgericht das geltende Recht richtig angewandt hat. Ist das Bundessozialgericht der Meinung, dass die Aufklärung durch die Vorinstanz

nicht ausreichend erfolgte, wird der Fall an die Vorinstanz zurückverwiesen (§ [170](#) SGG).

! ACHTUNG:

Wenn Kläger und Beklagter einverstanden sind, kann die zweite Instanz (Landessozialgericht) übergangen und gleich Revision als sog. Sprungrevision eingelegt werden (§ [161](#) SGG).

Gerichtskosten

Sowohl das Widerspruchsverfahren als auch der Gerichtsprozess sind im Bereich der Sozialgerichtsbarkeit kostenfrei. Es können allerdings sog. Mutwillenskosten aufkommen, wenn das Verfahren beispielsweise verschleppt wird.

Das Gericht entscheidet im Urteil, ob dem Kläger Rechtsanwaltskosten ersetzt werden. Auch im Widerspruchsverfahren sind diese Kosten zu ersetzen, wenn der Widerspruch erfolgreich war (§ [63](#) SGB X).

Kostenfreiheit gilt allerdings nicht, wenn das Gericht nach § [109](#) SGG auf Antrag des Klägers einen vom Kläger bestimmten Arzt als Gutachter beauftragt. Ein solches Gutachten kann das Gericht davon abhängig machen, dass der Kläger die Gutachtenkosten vorschießt und vorbehaltlich einer anderen Entscheidung des Gerichts erklärt, die Kosten endgültig zu tragen.

Ein Gutachten nach § [109](#) SGG kann das Gericht ablehnen, wenn es der Ansicht ist, dass dieses nur dem Verschleppen des Verfahrens dient.

3. Einzelne Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Formen der Rehabilitation

Sonderformen der Rehabilitation

Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX

Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens

Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln

Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Formen der Rehabilitation

Nachdem im vorherigen Kapitel die Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme und das Verfahren der Antragstellung aufgezeigt wurden, stellt sich nun die Frage, in welcher Form eine Rehabilitationsmaßnahme stattfinden kann. Dabei wird zwischen den folgenden Formen und Arten der Rehabilitation unterschieden.

Eine Rehabilitationsmaßnahme findet in der Regel entweder ambulant oder stationär statt.

Ambulante Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation findet in Wohnortnähe statt und berücksichtigt im Gegensatz zur stationären Rehabilitation im besonderen Maße die selbstständige Bewältigung des täglichen Lebens. Der Versicherte wohnt zu Hause und nimmt unterschiedliche Termine wahr, z. B. in Form von regelmäßigen Besuchen beim Physiotherapeuten in der ambulanten Rehabilitationseinrichtung. Damit er die selbstständige Aktivität in seiner gewohnten Umgebung so früh wie möglich trainieren kann, bevorzugen die Rehabilitationsträger oft ambulante Rehabilitationsmaßnahmen. Die Träger sparen dabei erhebliche Kosten und der Versicherte hat die Möglichkeit, in der häuslichen Umgebung gesund zu werden.



PRAXIS-TIPP:

Wenn Sie eine wohnortnahe und ambulante Rehabilitation wünschen und dies aus medizinischer Sicht sinnvoll ist, geben Sie dies unbedingt in Ihrem Antrag an.

Stationäre Rehabilitation

Während einer stationären Reha finden die verschiedenen Phasen bis auf die Akutbehandlung in einer speziellen Rehabilitationsklinik statt. Die einzelnen Träger der Rehabilitation haben dabei Verträge mit den jeweiligen Kliniken

abgeschlossen. Im stationären Ansatz steht die Wiedereingliederung in den Alltag und den Beruf im Vordergrund. Neben der ärztlichen Versorgung werden die rehabilitativen Maßnahmen durch ein interdisziplinäres Team aus Pflegekräften, Physio-, Ergo- und Sprachtherapeuten sowie Psychologen und Sozialarbeitern übernommen. Sie arbeiten gemeinsam an den für sie individuell festgelegten Zielen.

! WICHTIG:

Rehabilitationsmaßnahmen werden in der Regel bei Erwachsenen für drei Wochen und bei Kindern und Jugendlichen für vier Wochen genehmigt. Nach Ablauf von vier Jahren können sie erneut stationäre Rehabilitationsmaßnahmen beantragen, es kann aber in bestimmten Fällen, insbesondere bei sehr schwerwiegenden Erkrankungen, auch schon früher angezeigt sein, einen neuen Antrag zu stellen.

Teilstationäre Rehabilitation

Eine weitere Möglichkeit ist die teilstationäre Rehabilitation. Das Therapieangebot entspricht dem der stationären Behandlung. Der Patient wohnt jedoch bereits zu Hause und wird an Werktagen tagsüber in einer stationären Einrichtung behandelt, der sog. Tagesklinik.

Sonderformen der Rehabilitation

Neben diesen klassischen Formen der Rehabilitation gibt es noch einige Sonderformen der Rehabilitation.

Geriatrische Rehabilitation

Voraussetzungen

Auch ältere Menschen haben einen Anspruch auf ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben. Die medizinische Rehabilitation ist neben der Akutversorgung und der Pflege ein wichtiger Bestandteil der geriatrischen Versorgung. Medizinische Rehabilitation kann auch beim alten Menschen hinsichtlich der Alltagskompetenz erfolgreich sein. Ihr Ziel ist, eine Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Neben der indikationsspezifischen Rehabilitation hat sich in Deutschland die geriatrische Rehabilitation etabliert.

Eine leistungsfähige und auf den individuellen Bedarf des alten Menschen abgestimmte Rehabilitation erfordert eine weitere Flexibilisierung des Versorgungsangebots. Es ist daher geboten, im Bereich der geriatrischen Rehabilitation neben stationären auch ambulante Rehabilitationsangebote vorzuhalten, die eine effiziente Versorgung unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sichern.

Ebenso wie die stationäre geht die ambulante geriatrische Rehabilitation von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Gleichmaßen gelten die Grundsätze der Finalität, Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität.

Im Unterschied zur indikationsspezifischen Rehabilitation sind in der Regel Krankenkassen die Rehabilitationsträger für die geriatrische Rehabilitation. Deshalb hat der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Empfehlungen herausgegeben. Die Rahmenempfehlungen wurden

auf der Grundlage der „Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation der BAR – Allgemeiner Teil“ vom 01.03.2016 erarbeitet und bilden die Basis für zielorientierte Leistungen sowie für die Anforderungen an ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen.

Definition „geriatrische Rehabilitation“

Geriatric ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention der Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende befasst.

Für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation muss beachtet werden, dass die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände und Lebensgewohnheiten geprägt ist. Es ist zu berücksichtigen, dass bei alten Menschen häufig eine allgemein verminderte körperliche Belastungsfähigkeit und eine Abnahme der kognitiven Leistungen bestehen, ggf. zusätzlich mit einer psychischen und sozialen Verunsicherung und einer Antriebsminderung.

Für die medizinische Rehabilitation bedeutet dies, dass hieraus eine eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit resultieren kann.

Das Rehabilitationsziel ist in der Regel vor allem auf den Ausgleich der Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten auszurichten und an das Lebensalter sowie die Lebenssituation des alten Menschen anzupassen.

Geriatrische Rehabilitation ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass sie diesen besonderen Risiken der Rehabilitanden aufgrund deren eingeschränkter struktureller und funktioneller körperlicher Reserven Rechnung trägt und den Krankheitsauswirkungen indikationsübergreifend mit gezielten Therapien begegnen kann. Gründe für die Einschränkungen von Funktionsreserven finden sich in der Regel in der Kombination von physiologischen Veränderungen im höheren Lebensalter und den vorliegenden Schädigungen auf der Organebene.

Voraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation

Um die Leistung zu beantragen, sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- ein höheres Lebensalter (70 Jahre oder älter)
- Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten
- positive Rehabilitationsprognose
- Rehabilitationsfähigkeit des Patienten

Bei der Indikationsprüfung sollte bereits bei der Frage nach der Rehabilitationsfähigkeit des Patienten zwischen der Beantragung einer indikationsspezifischen (z. B. orthopädische/kardiologische Rehabilitation) bzw. einer geriatrischen Rehabilitation unterschieden werden. Auf einen geriatrischen Rehabilitanden weist hin:

- Neben der rehabilitationsbegründenden Diagnose liegt eine geriatrietypische Multimorbidität vor und
- das Alter des Antragstellers beträgt in der Regel 70 Jahre und älter. Bei im Vordergrund stehender geriatrietypischer Multimorbidität kann diese das Alterskriterium auf unter 70 Jahre absenken. Abweichungen sind bei erheblich ausgeprägter geriatrietypischer Multimorbidität nach unten bis zu einem Alter von 60 Jahren möglich.
- Bei einem Lebensalter 80 Jahre und älter und nur einer rehabilitationsbegründenden Diagnose sollte sorgfältig auf Hinweise einer alterstypisch erhöhten Vulnerabilität geachtet werden, die für eine geriatrische Rehabilitation sprechen. Solche Hinweise können z. B. sein:
 - vorbestehender Pflegegrad
 - Hinweise auf Komplikationen während eines Krankenhausaufenthalts (wie Delir, Thrombose, Infektion, Stürze)

- kognitive Beeinträchtigungen
- erhöhter Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Verrichtungen

Sofern solche Hinweise vorhanden sind, ist in der Regel davon auszugehen, dass der Rehabilitand bessere Erfolgsaussichten in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung haben wird.

Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation

Grundsätzlich ist die Indikation vom Arzt für eine Leistung zur geriatrischen Rehabilitation zu prüfen. Dabei reicht es nicht aus, die Erkrankungen mit Diagnoseschlüsseln zu nennen und zu dokumentieren.

Notwendig ist vielmehr die Erfassung der Krankheitsauswirkungen mit Blick auf beeinträchtigte Aktivitäten und Teilhabe des alten Menschen in seinem individuellen Kontext. Die geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit besteht,
- geriatrische Rehabilitationsfähigkeit besteht,
- eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage eines realistischen alltagsrelevanten Rehabilitationsziels besteht,
- keine Ausschlusskriterien vorliegen und
- die individuellen Voraussetzungen für diese Art der Rehabilitation erfüllt sind.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation hat also nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der oben beschriebenen Schädigungen, Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren sowie der individuellen Voraussetzungen.

Für die jeweiligen Indikationskriterien sind die nachfolgenden Besonderheiten zu beachten.

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder per se Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit. In Abgrenzung zur indikationsspezifischen Rehabilitation gilt für die geriatrische Rehabilitation, dass der geriatrische Rehabilitand mehr als eine bei der Rehabilitation zu berücksichtigende Erkrankung aufweist.

Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen.

Die Rehabilitationsfähigkeit wird in der Praxis anhand des Barthel-Index gemessen. Der Barthel-Index ist ein Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs mit dem Schwerpunkt der Alltagskompetenzen. Zur Anwendung kommt er sowohl in der Geriatrie als auch im Bereich der neurologischen Reha. Anhand eines Fragebogens kann eine erste Übersicht darüber gewonnen werden, wie pflegebedürftig ein Patient ist und wie selbstständig er seinen Alltag noch meistern kann. Zudem kann er Grundlage zur Gewährung eines Pflegegrads sein. Mit dem Barthel-Index ist es allerdings nicht möglich, die individuelle Situation eines jeden Pflegebedürftigen komplett zu erfassen.

Der Barthel-Index wird vom behandelnden Arzt dem Antrag auf Geriatrie beigelegt und enthält u. a. folgende Kriterien:

- Fähigkeit des selbstständigen Essens
- Fähigkeit, sich selbstständig auf- und umzusetzen
- Fähigkeit, sich selbstständig zu waschen
- Fähigkeit der selbstständigen Toilettenbenutzung
- Fähigkeit des selbstständigen Badens/Duschens
- Fähigkeit des selbstständigen Aufstehens und Gehens
- Fähigkeit des selbstständigen Treppensteigens
- Fähigkeit des selbstständigen An- und Auskleidens
- Vorliegen einer Stuhl- und Harninkontinenz

Zu den einzelnen Kriterien werden Punkte vergeben und anschließend anhand der Gesamtpunktzahl die Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten beurteilt.

Rehabilitationsziele der Geriatrie

Übergeordnetes Rehabilitationsziel ist der Erhalt, die Verbesserung und Wiedergewinnung größtmöglicher Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dies umfasst insbesondere die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit.

Möglichst frühzeitig sollen deshalb alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten beseitigt, vermindert, eine Verschlimmerung verhütet oder eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abgewendet bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe beseitigt, vermindert oder deren Verschlimmerung verhütet werden.

Unter Berücksichtigung individuell realistischer Möglichkeiten sind alltagsrelevante Rehabilitationsziele zu formulieren, die dem Rehabilitanden ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben ermöglichen.

Individuelle alltagsrelevante Rehabilitationsziele können beispielsweise sein:

- Verbesserung der Steh- und Gehfähigkeit, um sich in der Wohnung wieder bewegen zu können
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, um Gespräche führen zu können
- Verbesserung der Sitzstabilität und -dauer zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Verbesserung der Tagesstrukturierung zur Gewährleistung zeitgerechter Medikamenten- und Nahrungsaufnahme
- Reduzierung des Bedarfs an Fremdhilfe

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren, insbesondere der Motivation oder Motivierbarkeit des Versicherten

- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Leistung der medizinischen Rehabilitation.

Eine positive Rehabilitationsprognose für die geriatrische Rehabilitation ist anzunehmen, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft:

- Beseitigung oder Verminderung der alltagsrelevanten

Beeinträchtigungen durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar.

- Strategien zur Alltagsbewältigung (Kompensation) sind mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg anzuwenden (trainierbar).
- Anpassungsmöglichkeiten (Adaption) sind vorhanden und nutzbar.

Ein wesentliches Kriterium zur Beurteilung der Rehabilitationsprognose ist somit die Klärung der Frage, welche Beeinträchtigungen in welchem Umfang seit wann bestehen und welche Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung bereits durchgeführter ambulanter wie stationärer Maßnahmen, ggf. auch mit rehabilitativer Zielsetzung, angestrebt werden.

Ausschlusskriterien

Eine ambulante geriatrische Rehabilitation kommt nicht in Betracht, wenn

- ausschließlich kurative oder pflegerische Maßnahmen angezeigt sind,
- eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist,
- eine stationäre geriatrische Rehabilitation notwendig ist, weil Art oder Ausmaß der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten eine pflegerische Betreuung oder ärztliche Überwachung in einem Umfang erfordern, der in einer ambulanten Einrichtung nicht zu leisten ist,
- die begründete Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld besteht oder
- eine indikationsspezifische Rehabilitation angezeigt ist.

Pflegebedürftigkeit stellt kein Ausschlusskriterium dar.

Leistungsbewilligung und Antragstellung

! WICHTIG:

Seit dem 01.07.2022 erhalten Versicherte leichter einen Zugang zur geriatrischen Rehabilitation. Ob eine geriatrische Rehabilitation für Versicherte ab 70 Jahren medizinisch erforderlich ist, wird seither nicht mehr von der Krankenkasse geprüft. Stattdessen überprüft der Vertragsarzt anhand festgelegter Kriterien und über Funktionstests den medizinischen Bedarf. Folgende Kriterien sind durch den Vertragsarzt abzuklären und im Verordnungsformular Muster 61 darzulegen:

- Bestehen eines erhöhten Lebensalters (70 Jahre oder älter) und
- Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatritypischen Diagnosen

Daneben sind die aus Diagnosen resultierenden Schädigungen mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen, wobei ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen hat.

Sind die Kriterien erfüllt, kann der Arzt mit den Ergebnissen die Erforderlichkeit auf dem Verordnungsformular begründen; die Krankenkasse prüft dann nur noch die leistungsrechtlichen Voraussetzungen (z. B. ob ein Versicherungsverhältnis besteht).

Abweichend davon kann die Krankenkasse im Einzelfall die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation

- für Versicherte über 60 und unter 70 Jahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatritypischen Multimorbidität oder
- bei der die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose und ein mögliches Erreichen der Rehabilitationsziele nicht vorliegen,

überprüfen. Soweit die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation für Versicherte über 60 und unter 70 Lebensjahren erfolgt, ist die Anwendung von Funktionstests nicht vorgesehen.

Formen der geriatrischen Rehabilitation

Stationäre Reha: Hier bleiben Rehabilitanden für mindestens drei Wochen in der Rehaklinik. Der stationäre Aufenthalt umfasst ärztliche Behandlung und Pflege. Idealtypischerweise sind dreimal täglich Anwendungen vorgesehen.

WICHTIG:

Wenn Versicherte wohnortnah aufgenommen werden möchten, sollten sie dies unbedingt ihrer Krankenkasse mitteilen. Sie haben ein Wahlrecht und Mitspracherecht bei der Wahl der Reha-Einrichtung. Manche Kassen bevorzugen aber entferntere Kliniken, mit denen Verträge bestehen.

Ambulante Reha: Bei dieser Form der Reha verbringen die Rehabilitanden die Nächte zu Hause und die Tage in einem Rehazentrum oder ambulant in einer Rehaklinik. Meist bleiben sie halbtags inklusive Mittagessen und bekommen etwa fünf Therapieeinheiten. Ein Vorteil: Geübtes lässt sich direkt zuhause ausprobieren. Ambulante Reha ist auch nach einer stationären Reha möglich.

Mobile Reha: Das Therapeutenteam kommt in diesem Fall zum Patienten nach Hause. Er trainiert also dort, wo er das Gelernte braucht. Aber ein Anspruch besteht nur, wenn keine andere Reha möglich ist – etwa bei Erblindung, fortgeschrittener Demenz, schweren psychiatrischen Problemen, Hang zum Weglaufen.

Die Krankenkasse prüft die Frage der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung. Dabei gehen die Krankenkassen in der Regel wie folgt vor:

- Geht aus der ärztlichen Verordnung, aus dem Antrag für eine Anschlussrehabilitation oder dem Pflegegutachten eine schlüssige Zuweisungsempfehlung hervor, kann in der Regel davon ausgegangen

werden, dass der verordnende Arzt bzw. der Medizinische Dienst aufgrund der ihm möglichen unmittelbaren Einschätzung des Patienten eine sachgerechte Empfehlung abgegeben hat.

- Ist aus den Verordnungs- oder Antragsunterlagen bzw. dem Pflegegutachten nicht zweifelsfrei zu entnehmen, welche Art der Rehabilitation (z. B. eine geriatrische oder eine indikationsspezifische) erforderlich ist, sollte die Krankenkasse Rücksprache mit dem verordnenden Arzt oder dem Medizinischen Dienst nehmen, um eine sachgerechte Entscheidung über die für den Patienten am besten geeignete Rehabilitationsleistung zu treffen. Führt auch eine entsprechende Rückfrage nicht zu einer hinreichenden Klärung, wird empfohlen, eine sozialmedizinische Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

Onkologische Rehabilitation

Als Teil der medizinischen Rehabilitation beschäftigt sich die onkologische Rehabilitation speziell mit der Behandlung von Gesundheits- und Funktionsstörungen nach einer Krebserkrankung. Mithilfe von gezielten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sollen vor allem Gesundheit und berufliche Leistungsfähigkeit wiederhergestellt werden.

Weil – abhängig von der Art und Form der vorangegangenen Tumorerkrankung – sehr unterschiedliche körperliche und seelische Funktionsstörungen auftreten, wird die Maßnahme auf die persönlichen Bedürfnisse der Rehabilitanden ausgerichtet. Das Spektrum der einzelnen Maßnahmen ist deshalb sehr weitreichend. So werden z. B. Physiotherapie zur Verbesserung der Beweglichkeit, Bestrahlungen bei Hautveränderungen, Sprachschulungen nach Entfernung des Kehlkopfs oder auch psychologische Hilfen angeboten.

Voraussetzungen für eine onkologische Rehabilitation

Grundsätzlich muss die Erstbehandlung einer diagnostizierten Krebserkrankung abgeschlossen sein, d. h., eventuell notwendige operative Eingriffe oder eine Strahlentherapie sollten bereits durchgeführt worden sein.

Außerdem sollten die eingetretenen Folgestörungen der Erkrankung als solche therapierbar sein oder zumindest positiv beeinflusst werden können. Vor allem aber sollte der Rehabilitand selbst so weit belastbar sein, dass er an den Therapien der onkologischen Rehabilitation wirklich im erforderlichen Maß teilnehmen kann.

Ort und Dauer der Rehabilitation

Die jeweilige Therapie oder Rehabilitationsmaßnahme kann stationär oder ambulant in Anspruch genommen werden. Die gesamte Dauer der onkologischen Rehabilitation hängt insbesondere von der ursprünglichen Diagnose und dem Verlauf der Behandlung ab. Je nach medizinischer Notwendigkeit, die der Arzt bescheinigt, kann sie drei Wochen oder bis zu einem Jahr dauern. Unter Umständen darf sie sogar ein weiteres Jahr durchgeführt werden.



PRAXIS-TIPP:

Eine reguläre onkologische Rehabilitation kann bereits während einer ambulant durchgeführten Chemotherapie beantragt werden. Die Erstbehandlung der Krebserkrankung sollte jedoch abgeschlossen sein.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen zehn Euro als Zuzahlungsbetrag. Die Zuzahlung ist für längstens 14 Tage zu leisten, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Heilbehandlung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation); als unmittelbar gilt auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

Hierbei ist eine innerhalb eines Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlung anzurechnen.

! WICHTIG:

Ist der Patient zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt oder erhält jemand während der Reha-Maßnahme Übergangsgeld, entfällt die Zuzahlung.

Anschlussrehabilitation

Die Anschlussrehabilitation ist eine ganztägig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Reha. Die Besonderheit dieser Leistung besteht darin, dass sie nur bei bestimmten Erkrankungen in Betracht kommt und sich unmittelbar (spätestens zwei Wochen nach der Entlassung) an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließt.

Voraussetzungen

Das Krankenhaus stellt fest, ob die Anschlussrehabilitation erforderlich ist. Der Sozialdienst des Krankenhauses hilft dem Patienten, den Antrag zu stellen.

Für die Anschlussrehabilitation gibt es zwei Wege, die davon abhängig sind, bei welchem Rentenversicherungsträger der Patient versichert ist:

1. Er wird direkt in eine Reha-Einrichtung verlegt, ohne dass die Entscheidung des Kostenträgers (Rentenversicherung oder Krankenversicherung) abgewartet werden muss.
2. Ist eine direkte Verlegung nicht möglich, wird der Patient schnellstmöglich in eine Reha-Einrichtung verlegt, nachdem der Kostenträger (Rentenversicherung oder Krankenversicherung) kurzfristig über den Antrag entschieden hat.

Weiterhin müssen bei der Antragstellung bestimmte versicherungsrechtliche Bedingungen vorliegen. Wenn der Versicherte in den letzten zwei Jahren sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen zur Rentenversicherung (muss nicht zusammenhängend sein) geleistet hat, ist der jeweilige Rentenversicherungsträger für dessen Anschlussrehabilitation zuständig. Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, ergibt sich die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Es darf auch kein sog. Ausschlussgrund vorliegen (z. B., dass der Antragsteller Beamter auf Lebenszeit ist – dann kann er Leistungen der Anschlussrehabilitation nicht über die Deutsche Rentenversicherung, aber möglicherweise über seine private Krankenversicherung beantragen).

Der zuständige Rentenversicherungsträger trägt die Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen.

! WICHTIG:

Seit 01.07.2022 ist das Verfahren zur Beantragung einer Anschlussrehabilitation vereinfacht worden. Bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine Rehabilitation für bestimmte Indikationen entfällt die Überprüfung durch die Krankenkassen, ob die Leistung medizinisch erforderlich ist, so beispielsweise bei Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufsystems, nach Einsatz eines neuen Knie- oder Hüftgelenks oder bei Krebserkrankungen.

Zuzahlungsregelung

Bei einer sog. „stationären Anschlussrehabilitation“, die direkt auf eine Krankenhausbehandlung folgt, fallen Zuzahlungen nur für die ersten 14 Tage an.

Es gibt aber Ausnahmen: Wenn das monatliche Nettoeinkommen unter 1275 Euro liegt, können Versicherte eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht

beantragen. Rehabilitanden unter 18 Jahren sind generell von Zuzahlungen befreit.



PRAXIS-TIPP:

Informieren Sie sich beim Rentenversicherungsträger über die jeweiligen Einkommensgrenzen, ab denen Sie keine oder eine geminderte Zuzahlung leisten müssen.

Arbeitnehmer haben für die Zeit der Rehabilitationsleistung regelmäßig einen Anspruch auf Fortzahlung ihres Gehalts, der im Allgemeinen sechs Wochen beträgt. Ist der Anspruch wegen gleichartiger Vorerkrankung ganz oder teilweise verbraucht, so kann vom Rentenversicherungsträger Übergangsgeld für die Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezogen werden. Näheres hierzu in Kapitel 4.

Reha vor Rente

Die Rehabilitation soll laut Gesetz die „Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit“ beseitigen beziehungsweise das „vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben“ verhindern oder hinausschieben. Darum haben Leistungen zur Rehabilitation immer Vorrang vor der Zahlung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Nur wenn eine Rehabilitationsleistung dieses Ziel voraussichtlich nicht erreichen kann, kann eine vorzeitige Rente gezahlt werden. Auch wenn der Versicherte bereits eine Erwerbsminderungsrente erhält, wird nachträglich geprüft, ob eine Rehabilitation für ihn zumutbar und geeignet ist, um seine Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Im Interesse aller Versicherten gilt in der Rentenversicherung der Grundsatz „Reha vor Rente“. Für den Rehabilitanden heißt das, dass er aktiv an der Rehabilitation und an der Wiederherstellung seiner Gesundheit beteiligt wird.



PRAXIS-TIPP:

Sollten Sie aus persönlichen Gründen die Umdeutung Ihres Reha-

Antrags nicht wünschen, können Sie dieser Umdeutung unter Umständen widersprechen. Hat Sie jedoch Ihre Krankenkasse nach § [51](#) SGB V zur Stellung des Reha-Antrags aufgefordert, können Sie ohne Zustimmung Ihrer Krankenkasse der Umdeutung nicht widersprechen. Bitte wenden Sie sich in solchen Fällen unbedingt vorher an Ihre Krankenkasse.

Stellt die Rehabilitationseinrichtung fest, dass nur noch ein vermindertes oder gar kein Leistungsvermögen vorhanden ist, kann der Antrag auf Leistungen der Rehabilitation in einen Rentenantrag umgedeutet werden. In diesem Fall wird der Rentenversicherungsträger den Antragsteller darüber informieren und zur formellen Stellung eines Rentenantrags auffordern.

Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen nach § 42 Abs. [2](#) SGB IX insbesondere:

- Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln
- Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder
- Arznei- und Verbandsmittel
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
- Hilfsmittel
- digitale Gesundheitsanwendungen
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Die Vorschrift des § 42 Abs. [2](#) SGB IX hat lediglich deklaratorischen Charakter und für sich keine leistungsbegründende Wirkung. Die speziellen, für den jeweiligen Rehabilitationsträger verbindlichen Ziele und Leistungsinhalte finden sich in den jeweiligen maßgeblichen Rechtsvorschriften, z. B. für die gesetzliche Krankenversicherung also im SGB V oder für die gesetzliche Rentenversicherung im SGB VI.

Die einzelnen Leistungsinhalte der medizinischen Rehabilitation werden nun im Detail näher beschrieben.

Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe

Die medizinische Rehabilitation umfasst die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe unter ärztlicher Aufsicht oder ärztlicher Anordnung, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln. Zur Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte gehören Beratung, Diagnosestellung und Therapie. Die Diagnostik bedient sich der üblichen Methoden aus Medizin, Psychologie und anderen Disziplinen. Im Rahmen der Diagnostik sind neben der medizinischen Diagnose auch die jeweils relevanten Persönlichkeitsmerkmale, Lebensbedingungen und Aspekte des Krankheitsverhaltens, auch vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Patienten, abzuklären.

Bei einer Behandlung durch Angehörige anderer Heilberufe (beispielsweise Heilpraktiker und nichtärztliche Therapeuten wie Physio- oder Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Bademeister) ist es erforderlich, dass die Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden. Dieser Arztvorbehalt beruht darauf, dass die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft als Grundlage der medizinischen bzw. rehabilitativen Versorgung beachtet werden müssen und die ausreichende Ausbildung, Kontrolle und Überwachung von nicht ärztlichen Personen gewährleistet werden soll. Die ärztliche Behandlung umfasst auch Maßnahmen in Krankenhäusern, Kur- und Spezialkliniken zu Rehabilitationszwecken.

Die Anleitung zur Entwicklung eigener Heilungskräfte trägt der grundsätzlich eigenen Verantwortung behinderter Menschen für ihre Gesundheit Rechnung, aber auch der wachsenden Bedeutung der Gesundheitsbildung.

Früherkennung und Frühförderung von Kindern

Die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Kinder sind in § [46](#) SGB IX ausführlich geregelt.

Wesentliche Aufgabe und Ziel der Frühförderung ist es, eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, drohenden Behinderungen entgegenzuwirken, Auswirkungen

vorhandener Behinderungen durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen zu mildern und betroffene Familien zu beraten.

Beispiel:

Miriam ist vier Jahre alt. Bei ihr wurde infolge wiederholter Auffälligkeiten in den U-Untersuchungen ein frühkindlicher Autismus diagnostiziert. Daher wurde ihr als Leistung der Frühförderung eine kindgerechte Autismustherapie verordnet.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seinen Kinderrichtlinien zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres detaillierte Regelungen verabschiedet. Die Rechtsgrundlage hierfür bietet § 26 SGB V. Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden. Im Rahmen der U1- bis U9-Untersuchungen wurde auch bei Miriam aus dem Beispiel der frühkindliche Autismus festgestellt.

Arznei- und Verbandsmittel

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen auch Arznei- und Verbandsmittel.

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht durch Gesetz oder Rechtsverordnung oder durch die Arzneimittel-Richtlinie ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandsmitteln, Harn- und Blutteststreifen.

! WICHTIG:

Die Versorgung mit Arzneimitteln, die aus Drogerien, Reformhäusern und Supermärkten bezogen werden, sind nicht umfasst, da diese nicht apothekenpflichtig sind.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung zulasten der Krankenkasse ausgeschlossen.

Eine Verordnung von Arzneimitteln ist – von Ausnahmefällen abgesehen – nur zulässig, wenn sich der behandelnde Arzt von dem Zustand des Versicherten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

Vor einer Verordnung von Arzneimitteln ist zu prüfen, ob

- eine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt,
- angesichts von Art und Schweregrad der Gesundheitsstörung Maßnahmen im Sinne einer gesundheitsbewussten Lebensführung ausreichend sind,
- anstelle der Verordnung von Arzneimitteln nichtmedikamentöse Therapien in Betracht zu ziehen sind,
- angesichts von Art und Schweregrad der Gesundheitsstörung eine Arzneimittelverordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung medizinisch notwendig ist,
- angesichts von Art und Schweregrad der Gesundheitsstörung und der bei ihrer Behandlung zu erwartenden therapeutischen Effekte zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimittel zur Verfügung stehen und
- bei alkoholhaltigen Arzneimitteln zur oralen Anwendung insbesondere bei Kindern sowie bei Personen mit Lebererkrankungen, Alkoholkrankheit, Epilepsie, Hirnschädigung oder bei Schwangeren alkoholfreie Arzneimittel zur Verfügung stehen, die zur Behandlung geeignet sind.

Wie bereits erwähnt, sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung ausgenommen. Dies gilt nicht für:

- versicherte Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr

- versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel
- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen
- Abführmittel
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit

Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend

- zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz,
- zur Raucherentwöhnung,
- zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits,
- zur Regulierung des Körpergewichts oder
- zur Verbesserung des Haarwuchses

dienen.

! WICHTIG:

Der Ausschluss gilt auch für Heilmittel, wenn sie im Anwendungsgebiet der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden.

Nach einer Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel sind solche Arzneimittel ausgeschlossen, welche

- nicht erforderliche Bestandteile enthalten und
- deren Wirksamkeit wegen der Vielzahl von arzneilich wirksamen Bestandteilen nicht nachgewiesenen therapeutischen Nutzen haben.

Von der Versorgung sind Arzneimittel als unwirtschaftlich ausgeschlossen, deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen arzneilich wirksamen Bestandteile nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können. Dies sind Arzneimittel, die mehr als drei arzneilich wirksame Bestandteile enthalten. Dies gilt nicht für:

- Arzneimittel als ausschließlich homöopathische oder anthroposophische Zubereitungen oder mit ausschließlich phytotherapeutischen Bestandteilen
- medizinische Kunststoffe für chirurgische Eingriffe, Biomaterialien, Zahnfüllstoffe, Infusionslösungen, Sera, Impfstoffe und Blutbestandteile
- Arzneimittel, die ausschließlich zur Substitution von Aminosäuren, Vitaminen, Mineralstoffen oder Spurenelementen bestimmt und bei Mangelerkrankungen oder therapiebedingtem Überbedarf notwendig sind

Unter Verbandsmitteln versteht man Gegenstände, die dazu bestimmt sind, am menschlichen Körper oder in Körperhöhlen angewendet zu werden. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V Verbandsmittel, die anders als Arzneimittel keinem Zulassungsverfahren unterliegen, Gegenstände, die dazu bestimmt sind, an der Oberfläche geschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten aufzusaugen oder der Anwendung von Arzneimitteln zu dienen.

Hierzu gehören etwa Wund- und Heftpflaster, Kompressen, Mittel zur feuchten Wundversorgung, Mull- und Fixierbinden, Gipsverbände, Mullkompressen, Nabelkompressen, Stütz-, Entlastungs-, Steif- oder Kompressionsverbände sowie Verbandsmittel zum Fixieren oder zum Schutz von Verbänden; zu den Verbandsmitteln gehört auch das Trägermaterial (z. B. Gazestreifen), das arzneilich wirkende Stoffe für oberflächengeschädigte Körperteile enthält. Gegenstände, die keine bedeckende oder aufsaugende Hauptwirkung haben, sind ohne ergänzende weitere Wirkung zur Wundheilung keine Verbandsmittel, es sei denn, sie dienen der Anfertigung von Verbänden.

Heilmittel

Nach § 42 Abs. [2](#) Nr. 4 SGB IX zählen auch Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie zum Leistungskatalog. Heilmittel sind alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen.

Im Bereich der Krankenversicherung haben nach § 32 Abs. [1](#) SGB V Versicherte Anspruch auf Heilmittelversorgung, soweit diese nicht durch Gesetz oder Rechtsverordnung ausgeschlossen sind. Für nicht ausgeschlossene Heilmittel bleiben die Heilmittel-Richtlinien geltend.

Näheres zum Leistungsinhalt und eine Konkretisierung des Anspruchs nach § [32](#) SGB V findet sich u. a. in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Heilmittel-Richtlinie. Diese Richtlinie wurde zuletzt am 17.02.2022 mit Wirkung zum 01.07.2022 geändert.

Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen.
Heilmittel sind:

- die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie
- die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie
- die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

- die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie
- die Ernährungstherapie

Physiotherapie

Physiotherapie im Sinne der Heilmittel umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie. Physiotherapie nutzt sowohl die aktive selbstständig ausgeführte, die assistive, therapeutisch unterstützte als auch die passive, beispielsweise durch die Therapeutin oder den Therapeuten geführte Bewegung des Menschen, bei Bedarf ergänzt durch den Einsatz physikalischer Therapien wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie.

Die Maßnahmen der physikalischen Therapie lassen sich unterteilen in:

- Massagetherapie
- Bewegungstherapie (z. B. Krankengymnastik)
- Traktionsbehandlung
- Elektrotherapie
- Kohlensäurebäder
- Inhalationstherapie
- Thermotherapie

Podologische Therapie

Die Podologische Therapie umfasst das fachgerechte Abtragen bzw. Entfernen von krankhaften Hornhautverdickungen, das Schneiden, Schleifen und Fräsen von krankhaft verdickten Zehennägeln und die Behandlung von Zehennägeln mit Tendenz zum Einwachsen sowie von eingewachsenen Zehennägeln im Stadium 1.

Zur Podologischen Therapie gehört auch die regelmäßige Unterweisung in der sachgerechten eigenständigen Durchführung der Fuß-, Haut- und Nagelpflege sowie die Vermittlung von Verhaltensmaßregeln, um Fußverletzungen und Folgeschäden zu vermeiden.

Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Die Maßnahmen dienen dazu,

- die Kommunikationsfähigkeit,
- die Stimmgebung,
- das Sprechen,
- die Sprache und
- den Schluckakt

bei krankheitsbedingten Störungen

- wiederherzustellen,
- zu verbessern oder
- eine Verschlimmerung zu vermeiden.

Die Ärzte können seit dem 01.01.2021 Schlucktherapie als eigenes Heilmittel verordnen. Davor war sie unter den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie eingegliedert.

Im Rahmen der Sprachtherapie sollen Patienten mit Behinderungen der sprachlichen Kommunikation, des Sprechens oder der Stimme befähigt werden, sich mit oder ohne technische Hilfsmittel zu verständigen.

Ergotherapie

Die Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie)

dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, physischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten.

Ernährungstherapie

Ernährungstherapie ist ein verordnungsfähiges Heilmittel, das sich auf die ernährungstherapeutische Behandlung seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose (Cystische Fibrose – CF) richtet, wenn sie als medizinische Maßnahme (ggf. in Kombination mit anderen Maßnahmen) zwingend erforderlich ist, da ansonsten schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen oder Tod drohen.

Ernährungstherapie richtet sich an den Patienten oder die relevanten Bezugspersonen.

Zuzahlungen

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung an die abgebende Stelle zu leisten.

Die Zuzahlungen für die Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnen sich aus den Preisen, die hier vereinbart worden sind.

! WICHTIG:

Die Zuzahlungen sind nur bis zur Höhe der Belastungsgrenze nach § [62](#) SGB V zu leisten.

Psychotherapie

Auch die Psychotherapie zählt zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Das Gesetz hat damit die Psychotherapeuten – in vergleichbarer Weise wie bisher schon Ärzte und Zahnärzte – zur unmittelbaren Behandlung der Versicherten der Krankenkassen zugelassen. Hinzuweisen ist auch auf die Psychotherapie-Richtlinie der Krankenkassen nach § 92 Abs. [1](#) SGB V.

Psychotherapie wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen.

Psychotherapie kann bei allen Indikationen als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie sowie bei der Systemischen Therapie als Behandlung des Patienten zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting) auch in Kombination mit Einzel- oder Gruppentherapie Anwendung finden. Nach diagnostischer Abklärung des Störungsbildes ist die Eignung der Behandlung in den verschiedenen Settings individuell zu prüfen und bei der Behandlungsplanung die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings individuell und in Absprache mit dem Patienten zu treffen.

Behandlungsformen der Psychotherapie

Folgende Behandlungsformen sind anerkannte Psychotherapieverfahren. Ihnen liegt ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde und ihre spezifischen Behandlungsmethoden sind in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt:

- psychoanalytisch begründete Verfahren
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

Psychoanalytisch begründete Verfahren

Diese Verfahren stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie

dar, welche die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen. Zur Sicherung ihrer psychodynamischen Wirksamkeit sind bei diesen Verfahren übende und suggestive Interventionen auch als Kombinationsbehandlung grundsätzlich ausgeschlossen.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lern- und Sozialpsychologie entwickelt worden sind. Unter den Begriff „Verhalten“ fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge. Verhaltenstherapie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse). Sie entwickelt ein entsprechendes Störungsmodell und eine übergeordnete Behandlungsstrategie, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt.

Systemische Therapie

Die Systemische Therapie fokussiert den sozialen Kontext psychischer Störungen und misst dem interpersonellen Kontext eine besondere ätiologische Relevanz bei. Symptome werden als kontraproduktiver Lösungsversuch psychosozialer und psychischer Probleme verstanden, die wechselseitig durch intrapsychische (kognitivemotive), biologisch-somatische sowie interpersonelle Prozesse beeinflusst sind. Theoretische Grundlage sind insbesondere die Kommunikations- und Systemtheorien, konstruktivistische und narrative Ansätze und das biopsychosoziale Systemmodell. Grundlage für Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Sinne dieser Richtlinie ist die Analyse der Elemente der jeweiligen relevanten Systeme und ihrer wechselseitigen Beziehungen, sowohl unter struktureller als auch generationaler Perspektive und eine daraus abgeleitete Behandlungsstrategie. Der Behandlungsfokus liegt in der Veränderung von symptomfördernden, insbesondere familiären und sozialen Interaktionen, narrativen und intrapsychischen Mustern hin zu einer

funktionaleren Selbst-Organisation des Patienten und des für die Behandlung relevanten sozialen Systems, wobei die Eigenkompetenz der Betroffenen genutzt wird.

Hilfsmittel

Zum Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitationsleistungen des Rentenversicherungsträgers zählt auch die Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 15 Abs. [1](#) Satz 1 SGB VI i. V. m. § 42 Abs. [2](#) Nr. 6 SGB IX).

Hilfsmittel sind laut der Hilfsmittel-Richtlinie „sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden“.

Die Hilfsmittel sind in § [47](#) SGB IX ausführlich geregelt. Im Unterschied zu den Heilmitteln handelt es sich bei den Hilfsmitteln um sachliche Gegenstände (insb. Körperersatzstücke und orthopädische Hilfen). Sie werden als Hilfen definiert, die von den Leistungsberechtigten getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und mit denen behinderungsbedingte oder heilmittelbezogene Zwecke erreicht werden sollen (vgl. § 47 Abs. [1](#) Nr. 1 bis 3 SGB IX). Mit diesen Zwecken unterscheidet sich der Hilfsmittelbegriff nach dem SGB IX von dem der gesetzlichen Krankenversicherung im SGB V, weil letzterer die Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung umfasst (§ 33 Abs. [1](#) Satz 1 SGB V).

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln nach § 92 Abs. [1](#) Nr. 6 SGB V beschlossen. Die Richtlinien sind für Versicherte wie Leistungserbringer verbindlich nach § 91 Abs. [6](#) SGB V. Die Vorschrift regelt einheitlich die Grundsätze und den Leistungsumfang der Versorgung mit Hilfsmitteln unter den bestimmten Zielrichtungen für den Einsatz der Versorgung, soweit die Hilfsmittel als Leistung zur medizinischen Rehabilitation von den verschiedenen Rehabilitationsträgern erbracht werden.



PRAXIS-TIPP:

Die Hilfsmittel-Richtlinie für die Krankenversicherung kann auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (www.g-ba.de) unter dem Stichwort „Richtlinie“ eingesehen werden.

Die Versorgung umfasst auch die Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels. In diesen Fällen wird der Rehabilitationsträger zur Prüfung angehalten, festzustellen, welche Maßnahme bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlicher ist; außerdem werden Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten vorgesehen. Es wird klargestellt, dass bei einem geeigneten Hilfsmittel, das in einer aufwendigeren Ausführung gewählt wird, die Mehrkosten selbst zu tragen sind. Hilfsmittel können auch leihweise überlassen werden.



WICHTIG:

Mit der gesetzlichen Regelung des § 47 SGB IX ist der Hilfsmittelbegriff für alle Träger von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 5 Nr. 1, § 6 Abs. 1 SGB IX) einheitlich definiert worden.

Nach § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gilt der Vorbehalt abweichender Regelungen für den einzelnen Rehabilitationsträger. Die Vorschrift verschafft keine über das jeweilige Leistungsrecht des Trägers der Rehabilitation hinausgehende Ansprüche auf Hilfsmittelgewährung.

Auch die Vorschriften des SGB V haben keine weiteren Ansprüche über den schon bis dahin geltenden Behinderungsausgleich geschaffen. D. h., nach § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IX bleibt insbesondere die Regelung des § 33 SGB V maßgeblich. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Rechtsansprüche auf ein Hilfsmittel sind daher

aus den spezifischen Leistungsgesetzen, z. B. für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, aus § [33](#) SGB V herzuleiten.

Die in den Leistungsgesetzen getroffenen Zuzahlungsregelungen werden durch § [47](#) SGB IX nicht verändert. Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung verweist § 31 Abs. [1](#) Satz 3 SGB VII auf die Festbetragsregelung des § [36](#) SGB V.

In mehreren Urteilen (B 3 KR 18/17 R, B 3 KR 12/17 R und B 3 KR 4/16 R) hatte das Bundessozialgericht am 15.03.2019 zu entscheiden, ob bei der Versorgung mit Hilfsmitteln § 13 Abs. [3a](#) SGB V oder § [18](#) SGB IX Anwendung findet.

Die Regelungen des § 13 Abs. [3a](#) SGB V oder § [18](#) SGB IX enthalten Fristregelungen für die Leistungsentscheidung durch den jeweils zuständigen Leistungsträger.

Der Unterschied ist in den unterschiedlichen Bearbeitungsfristen begründet. Bei der Versorgung des Hilfsmittels nach § 13 Abs. [3a](#) SGB V im Rahmen der Krankenbehandlung gilt eine Drei-Wochen-Frist für die Krankenkasse zur Bearbeitung, danach gilt die Leistung als genehmigt.

Ist das Hilfsmittel Gegenstand der Leistung der Rehabilitation, gilt eine Zwei-Monats-Frist für die Bearbeitung durch die Krankenkasse. Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Das Bundessozialgericht hat allein zur Lösung dieses Konflikts Hilfsmittel, die dem (mittelbaren und unmittelbaren) Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung dienen, „verfahrensrechtlich“ dem SGB IX zugeordnet. In seiner Rechtsprechung setzt sich das Bundessozialgericht nicht mit der Einordnung von Hilfsmitteln aus dem Blickwinkel des Leistungsrechts auseinander. Bei Hilfsmitteln, die dem Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung dienen, sind in Bezug auf die Koordinierung der Leistung und die Berücksichtigung von Fristen die §§ [14](#) ff. SGB IX anzuwenden. Dies gilt unabhängig davon, ob eine trägerübergreifende Leistungsfeststellung gegeben ist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass diese Hilfsmittel zugleich

Leistungen zur Teilhabe anderer Rehabilitationsträger sein können.

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX

Kann über einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang bei dem leistenden Rehabilitationsträger entschieden werden, teilt dieser dem Antragsteller vor Ablauf der Frist die Gründe hierfür schriftlich mit (begründete Mitteilung).

In der begründeten Mitteilung ist auf den Tag genau zu bestimmen, bis wann über den Antrag entschieden wird. In der begründeten Mitteilung kann der leistende Rehabilitationsträger die Frist von zwei Monaten nur in folgendem Umfang verlängern:

- um bis zu zwei Wochen zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung infolge einer nachweislich beschränkten Verfügbarkeit geeigneter Sachverständiger
- um bis zu vier Wochen, soweit von dem Sachverständigen die Notwendigkeit für einen solchen Zeitraum der Begutachtung schriftlich bestätigt wurde
- für die Dauer einer fehlenden Mitwirkung der Leistungsberechtigten, wenn und soweit den Leistungsberechtigten nach § 66 Abs. 3 SGB I schriftlich eine angemessene Frist zur Mitwirkung gesetzt wurde

! WICHTIG:

Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die beantragte Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag ohne weitere begründete Mitteilung des Rehabilitationsträgers abgelaufen ist.

Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit:

- Sehhilfen
- Hörhilfen
- Körperersatzstücken
- orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um
 - den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
 - einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
 - eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind

Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens

Zu den Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens zählen die Mittel, die allgemein Verwendung finden und üblicherweise von einer großen Zahl von Personen benutzt werden bzw. in einem Haushalt vorhanden sind. Diese Gebrauchsgegenstände, teilweise auch als Alltagshilfen für Menschen mit Behinderungen bezeichnet, begründen in keinem Fall eine Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dies sind z. B. technische Geräte wie Elektromesser oder elektrischer Dosenöffner sowie praktische Hilfen wie ein verlängerter Schuhanzieher.

Hilfsmittel in der Rentenversicherung

Im Rahmen des § [15](#) SGB VI erbringt die gesetzliche Rentenversicherung bei Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 9 Abs. [2](#) SGB VI) Hilfsmittel, um die Erwerbsfähigkeit des Versicherten günstig zu beeinflussen.

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Zubehörteile, ohne die das Basisprodukt nicht oder nicht zweckentsprechend betrieben werden kann (z. B. Wasserschutzvorrichtung, Batterien). Der Anspruch umfasst auch die notwendige

- Änderung/Anpassung,
- Instandsetzung (Reparatur),
- Ersatzbeschaffung (bei Hilfsmitteln, die sich verbrauchen oder die wegen eines Schadens nicht mehr benutzt werden können),
- Übernahme von Nebenkosten (z. B. Stromkosten, Kosten für die Unterstellung eines elektrischen Rollstuhls),
- Gebrauchsausbildung (z. B. bei Hilfsmitteln, deren Bedienung oder Wartung kompliziert ist) und
- Wartung und technische Kontrolle (zum Schutz der Versicherten vor

unvertretbaren gesundheitlichen Risiken)
von Hilfsmitteln.

Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln

Hinsichtlich der sich überschneidenden Zuständigkeiten im Bereich der medizinischen Teilhabeleistungen fehlt es an einer allgemeinen gesetzlichen Regelung eines Vor-Nachrang-Verhältnisses zwischen Kranken- und Rentenversicherung.

Zwar bestimmt § 40 Abs. 4 SGB V, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur erbracht werden, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können. Diese Vorschrift verwendet jedoch einen wesentlich engeren Begriff der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als dies in § 26 SGB IX der Fall ist. § 40 Abs. 4 SGB V bezieht sich nur auf ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen i. S. d. § 40 Abs. 1 und 2 SGB V. Auf solitär notwendige Hilfsmittel (außerhalb von ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen) ist § 40 Abs. 4 SGB V deshalb nicht anwendbar.

Die Abgrenzung hat nach allgemeinen Kriterien, insbesondere unter Berücksichtigung der den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich bestimmenden Begriffe des Basisausgleichs und der Grundbedürfnisse, zu erfolgen. So erscheint es auch wenig sachgemäß, etwa die Versorgung mit Körperersatzstücken nur deshalb der Rentenversicherung aufzubürden, weil der Betroffene berufstätig ist und das Hilfsmittel im Beruf ebenso wie im täglichen Leben zum Behinderungsausgleich benötigt (vgl. BSG, Urteil v. 30.10.2014, B 5 R 8/14 R).

Soweit daher z. B. eine ausreichende Verbesserung des Hörvermögens, wie sie im Rahmen dieser Basisversorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen ist, durch die Leistungen der Krankenversicherung erreicht werden kann, ist allein die Krankenkasse zuständig. Erst dann, wenn sich aus der konkreten beruflichen Situation des Versicherten besondere, über die Grundbedürfnisse hinausgehende Anforderungen an das Hörvermögen ergeben, ist eine Eintrittspflicht der Rentenversicherung denkbar. Das ist dann der Fall, wenn gerade die

Verhältnisse des Arbeitsplatzes besondere Hilfsmittel (etwa höhenverstellbare Arbeitstische, orthopädische Sitzgelegenheiten etc.) erforderlich werden, weil dann eine besondere berufliche Betroffenheit anzunehmen ist (vgl. BSG, Urteil v. 24.01.2013, B 3 KR 5/12 R).

In diesem Fall ist die Leistungsverpflichtung des Rentenversicherungsträgers nur gegeben, wenn das Leistungsspektrum bzw. der Leistungsumfang denjenigen der Krankenversicherung übersteigt.

Sehhilfen in der Krankenversicherung

Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen nur, wenn sie

- nach ICD-10-GM-2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder
- einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als sechs Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als vier Dioptrien bei Astigmatismus

aufweisen.

Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in der Hilfsmittel-Richtlinie, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.

Die Abgabe von therapeutischen Sehhilfen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch einen Facharzt für Augenheilkunde auf der Grundlage einer vorhergehenden Diagnostik und Therapieentscheidung voraus.

Als Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind verordnungsfähig:

- Brillengläser
- Kontaktlinsen
- vergrößernde Sehhilfen

In erster Linie kommt die Verordnung von Brillengläsern gleichen Brillenglastyps in Betracht. Die Regelversorgung stellen mineralische Brillengläser dar. Kunststoffbrillengläser, Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen dürfen nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen verordnet werden.

Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Hilfsmittel-Richtlinien Ausnahmen zulassen.

Kontaktlinsen

Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen.

Verordnungsfähig sind ausschließlich Einstärken-Kontaktlinsen. Formstabile Kontaktlinsen stellen die Regelversorgung dar.

Hörhilfen

Hörhilfen sind:

- Hörgeräte (Luftleitungsgeräte und Knochenleitungsgeräte) und Zubehör
- Tinnitusgeräte (dazu zählen auch kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte, sog. Tinnitusinstrumente)
- Übertragungsanlagen

Bei auditiver Kommunikationsbehinderung aufgrund peripherer Hörstörung kann nach Abklärung von medikamentöser und operativer

Behandlungsmöglichkeit die Verordnung von Hörgeräten angezeigt sein. Wird die von den Versicherten angegebene Behinderung durch ärztliche Untersuchung bestätigt, ist zu prüfen, ob sie durch Hörgeräte weitgehend ausgeglichen werden kann und ein wesentlicher funktionaler Gebrauchsvorteil erreicht wird.

Besonderheiten gibt es auch bei der Versorgung im Kindesalter. So ist bei Kindern unter besonderen Umständen eine Hörgeräte-Versorgung schon bei geringgradiger Schwerhörigkeit erforderlich, beispielsweise wenn das Sprachverständnis bei Störgeräuschen in der Umgebung deutlich eingeschränkt ist. Eine Hörgeräte-Versorgung ist bei Kindern auch dann vorzunehmen, wenn keine oder nur geringe Hörreste feststellbar sind. Selbst wenn jegliche Hörreste fehlen, soll die Versorgung als Therapieversuch erfolgen.

! WICHTIG:

Die Wiederverordnung von Hörgeräten vor Ablauf von fünf Jahren bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs sowie vor Ablauf von sechs Jahren bei Erwachsenen bedarf einer besonderen Begründung. Ein medizinischer Grund kann z. B. die fortschreitende Hörverschlechterung sein. Technische Gründe ergeben sich aus dem Gerätezustandsbericht.

Körperersatzstücke

Mithilfe von Körperersatzstücken wird ein von Geburt an nicht vorhandener oder ein verloren gegangener Körperteil ersetzt (z. B. Arm- und Beinprothese). Beim Fehlen von Körperteilen sind in jedem Fall die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfsmitteln erfüllt, sofern ein Ersatz medizinisch erforderlich und technisch möglich ist.

Orthopädische Hilfsmittel

Orthopädische Hilfsmittel sind dazu bestimmt, den Zwecken der orthopädischen Behandlung zu dienen, um die Behandlung zu fördern oder

den Behandlungserfolg zu sichern oder zu stabilisieren. Orthopädische Hilfsmittel müssen demnach noch vorhandene, aber fehlgebildete Körperteile in ihre natürliche Lage oder Form bringen oder sie in ihrer Funktion stützen oder unterstützen. Als orthopädische Hilfsmittel kommen beispielsweise Schuhe, Orthesen sowie Stützvorrichtungen jeder Art in Betracht.



PRAXIS-TIPP:

In vielen Fällen veranlassen die Krankenkassen eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Dieser hat die Versicherten zu beraten und mit den orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten. Achten Sie hier besonders darauf, dass entsprechende Begründungen Ihres behandelnden Arztes (Orthopäden) vorliegen.

Gegen Entscheidungen der Krankenkassen über die Ablehnung von Hilfsmitteln können Sie Widerspruch und Klage vor dem Sozialgericht erheben.

Zuzahlung bei Hilfsmitteln in der Krankenversicherung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung

- zehn Prozent des Abgabepreises,
- mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro,
- allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels

zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt zehn Prozent des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.

Digitale Gesundheitsanwendungen

Digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen der Rehabilitation sind speziell in § 47a SGB IX seit dem 10.06.2021 geregelt. Nach den Gesetzesmaterialien soll die zuvor kaum gebräuchliche Nutzung moderner digitaler Gesundheitsanwendung im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch die ausdrückliche Aufnahme solcher Maßnahmen im Leistungskatalog zu einer Ergänzung und Vervollständigung der Rehabilitation für die Leistungsberechtigten insgesamt führen. Hiervon nicht erfasst sind umfangreiche Hardwareausstattungen. Die digitale Gesundheitsanwendung soll als digitaler Helfer auf mobilen Endgeräten dienen oder auch als browserbasierte Webanwendung ermöglicht werden. Abzugrenzen hiervon sind – ähnlich wie bei den Hilfsmitteln – die Nutzung von Daten, die der Anwendung etwa von Alltagsgegenständen des täglichen Lebens dienen, wie z. B. beim Einsatz von reinen Fitnessarmbändern. Eine digital gesteuerte GPS-Armbanduhr zur Hilfestellung bei desorientierten Menschen mit Behinderung ist im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zur Stärkung der persönlichen Bewegungsfreiheit als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V anerkannt worden.

Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Die medizinische Rehabilitation umfasst nach § 42 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX auch eine Belastungserprobung und eine Arbeitstherapie. Die Belastungserprobung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation dient der Ermittlung der verbliebenen gesundheitlichen Leistungsfähigkeit einer Person. Sie soll mittels einer Bestandsaufnahme der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit klären, zu welchen Leistungen der Betroffene unter den spezifischen Anforderungen seines Arbeitsverhältnisses (Erfüllung arbeitsvertraglicher Verpflichtungen) in der Lage ist. Hierdurch sollen die beruflichen Eingliederungschancen und die Dauer der Belastbarkeit auf Dauer im Berufsleben abgeklärt werden. Die Ergebnisse der Erprobungsmaßnahme bilden die Grundlage für die Auswahl der im Einzelfall noch erforderlichen Therapien. Wenn kein Arbeitsverhältnis besteht, soll die Belastungserprobung die Belastbarkeit der betroffenen Person unter beruflichen Bedingungen ermitteln. Ggf. erfolgt die Klärung der

Belastbarkeit im Zusammenspiel mit den Integrationsfachdiensten nach den §§ [192](#) ff. SGB IX.

Die Arbeitstherapie dient der Verbesserung und Belastbarkeit der betroffenen Person. Sie soll unter möglichst realitätsnahen Arbeitsbedingungen sowohl Grundfertigkeiten wie beispielsweise Hand- und Fingerfertigkeiten als auch Grundfähigkeiten wie beispielsweise Ausdauer- und Konzentrationsfähigkeit trainieren, die für eine berufliche Wiedereingliederung erforderlich sind. Auch Arbeitsqualität und Arbeitsquantität sind wichtige Faktoren der Arbeitstherapie.

Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen

Nach § 42 Abs. 3 Satz 1 SGB IX sind Bestandteile der o. g. Leistungen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen. Solche Leistungen sind insbesondere

- Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
- Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen,
- die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
- die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, u. a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
- das Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie
- die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Eine psychosoziale Einschaltung dient vor allem der Erhaltung und Förderung alltagspraktischer, kognitiver und sozialer Fertigkeiten sowie der Unterstützung erkrankter Menschen bei der psychischen Bewältigung. Der Schwerpunkt der Leistungen besteht darin, Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung zu fördern. Ist für den Erfolg der Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen der Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs der Teilhabe notwendig, so können auch die erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernommen werden.

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Versicherte haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden (§ [41](#) SGB V).

Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § [111a](#) SGB V besteht.

Die medizinische Notwendigkeit und Voraussetzung für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme liegen vor, wenn diese einem der folgenden Ziele dienen:

- Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit oder Linderung von Krankheitsbeschwerden
- Vorbeugung gegen eine drohende Behinderung, Beseitigung oder Besserung einer Behinderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Behinderung
- Vorbeugung gegen drohende Pflegebedürftigkeit, Beseitigung oder Besserung von Pflegebedürftigkeit oder Verhütung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit

In medizinischer Hinsicht wird auf das Vorliegen von Krankheitserscheinungen beim Antragsteller abgestellt. Die Rehabilitationsmaßnahme des § [41](#) SGB V als Komplexleistung muss notwendig sein, um eine von den besonderen Belastungen der funktionellen Elternschaft herrührende Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Da die Maßnahmen des § [41](#) SGB V nicht der Akutbehandlung dienen, sondern rehabilitativen Charakter haben, sind auch die Behandlungsziele der Verhinderung/Vermeidung einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit mit

einzubeziehen.

Danach haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Die medizinische Erforderlichkeit hat die Krankenkasse durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V). Sie fehlt insbesondere dann, wenn eine ambulante Krankenbehandlung ausreicht; ein Vorrang ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen besteht jedoch bei den Leistungen des § 41 SGB V nicht. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter werden stets in stationärer Form erbracht.



PRAxis-TIPP:

Die Krankenkasse darf Ihren Antrag auf eine medizinische Rehabilitation nur in Stichproben durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen. Näheres zu den Inhalten der Stichproben können Sie der Rehabilitations-Richtlinie entnehmen.

Mutter-Kind-Maßnahmen bzw. Vater-Kind-Maßnahmen können auch in Betracht kommen, wenn das Kind behandlungsbedürftig ist, während der Maßnahme auch entsprechend behandelt werden kann und die Mitaufnahme des Begleitkinds den Zweck der Maßnahme nicht gefährdet.

Daneben kann eine solche Maßnahme auch gewährt werden, wenn die Beziehung zwischen dem die Maßnahme in Anspruch nehmenden Elternteil und dem Kind belastet ist und verbessert werden soll oder wenn eine Trennung des Kindes von dem die Maßnahme in Anspruch nehmenden Elternteil gesundheitsgefährdend oder unzumutbar ist oder das Kind nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann.

Voraussetzung dürfte auch insoweit sein, dass die Mitaufnahme des Begleitkinds den Zweck der Maßnahme nicht gefährdet. Die Mitaufnahme eines oder mehrerer Begleitkinder in die Einrichtung ist eine Zusatzleistung

zur medizinischen Rehabilitation um der Mutter bzw. des Vaters willen, Mittel zum Zweck, nicht aber Selbstzweck im Sinne einer eigenständigen, den Kindern gewährten Leistung. Diese spezifische Begleitpersonen-Regelung soll der Mutter/dem Vater den Zugang zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen ermöglichen oder ihre Entscheidung dafür erleichtern. Sie hilft, familiäre Hemmnisse aufgrund der Kinderbetreuung zu überwinden, die einer Teilnahme des betroffenen Elternteils an der stationären Rehabilitationsleistung entgegenstehen. Hierzu begründet sie geeignete soziale Rahmenbedingungen für die Teilnahme des Elternteils an der Maßnahme. Dementsprechend erfordert die Einbeziehung der Kinder keine weitergehende Prüfung der sozialen Situation im Einzelfall, sondern lediglich die Abklärung, dass die Mitnahme der Kinder den Maßnahmезweck nicht gefährdet. Um den Zweck der medizinischen Rehabilitationsleistung für alle betroffenen Versicherten erreichbar zu machen, ist der Zugang zu dieser Leistung auch dann zu gewähren, wenn die Kinder nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Zwischen den Formen der Rehabilitationsleistungen nach § 40 und § 41 SGB V gibt es rechtlich keine Vor- oder Nachrangigkeit. Welcher Form der Rehabilitationsleistungen der Vorzug zu geben ist, bestimmt sich im Einzelfall danach, welches Angebot an Rehabilitationsleistungen aus medizinischer Sicht inhaltlich dem Rehabilitationsbedarf der Mutter/des Vaters am besten entspricht. Bei ihrer Entscheidung über die geeignete Form der Rehabilitationsleistung hat die Krankenkasse insbesondere auch die in § 33 SGB I festgelegten Grundsätze zu berücksichtigen.

Leistungsinhalt

Der Leistungsinhalt entspricht den Leistungen zur Rehabilitation, wie sie insbesondere das Müttergenesungswerk oder gleichartige Einrichtungen für die Erhaltung der Gesundheit von Frauen oder Männern aus Familien mit Kindern entwickelt hat. Die Leistung kann auch in Form einer Mutter-Kind-Kur oder Vater-Kind-Kur erbracht werden.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen beinhalten ein indikationsbezogenes Angebot an Kurmitteln, gesundheitspädagogischen Maßnahmen sowie Unterkunft und Verpflegung.

Voraussetzung ist, dass mit der Einrichtung ein Versorgungsvertrag nach § [111a](#) SGB V besteht. Im Übrigen gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die sonstigen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Als Grundlage für die nach § [111a](#) SGB V abzuschließenden Verträge haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, des Deutschen Müttergenesungswerks (MGW) und des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK) mit Wirkung zum 01.08.2003 ein bundeseinheitliches „Anforderungsprofil für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § [111a](#) SGB V, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § [41](#) SGB V erbringen“, vereinbart. Im Falle der Selbstbeschaffung durch die Versicherten gilt im Rahmen der medizinischen Rehabilitation § [18](#) SGB IX, vgl. vorherige Ausführungen.

! WICHTIG:

Versicherte haben daher nicht die Möglichkeit, gegen Tragen von Mehrkosten eine Einrichtung zu wählen, mit der kein Versorgungsvertrag besteht; ihr Wunsch- und Wahlrecht nach § [8](#) SGB IX beschränkt sich auf die Vertragseinrichtungen.

Auch die stationäre Rehabilitation für Mütter und Väter verpflichtet die Rehabilitationseinrichtungen zu einem Entlassmanagement für ihre Patienten.

Entlassmanagement

Das Entlassmanagement ist seit 01.10.2017 in einem Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung geregelt. Wesentliches Merkmal ist, dass die Krankenhäuser für bestimmte Ärzte eine Krankenversicherungsnummer beantragen können, diese Ärzte müssen eine Facharztweiterbildung besitzen und dürfen Verordnungen über Arbeitsunfähigkeit bis zu einer Woche, Heilmittel- und Arzneimittelverordnungen (Verordnungszeitraum sieben

Kalendertage und max. N1-Packung, ggf. kleiner) ausstellen. Wesentlich für die Durchführung des Entlassmanagements ist die schriftliche Zustimmung des Versicherten.

Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung beim Entlassmanagement. Soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander.

Mit dem „Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 23.10.2020 wurde eingeführt, dass zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten gehört.

! WICHTIG:

Zu beachten ist die Subsidiarität der Zuständigkeit der Krankenkassen, d. h. die Krankenkasse ist nur zuständig, wenn kein anderer Leistungsträger (z. B. Renten- oder Unfallversicherung) für die Reha zuständig ist. Dies gilt auch, obwohl das SGB VI eine vergleichbare Sonderform der medizinischen Rehabilitation nicht ausdrücklich regelt. Aufgrund eines Anspruchs von Müttern und Vätern nach den allgemeinen Regelungen der §§ 9 Abs. 1, 15 Abs. 1 SGB VI insbesondere gegenüber dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung kann dies jedoch von Bedeutung sein.

Leistungsintervalle

Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Wohnortnähe, die teilweise auf der Grundlage des § 40 Abs. 1 SGB V bzw. § 43 SGB V oder als Modellversuch nach § 63 SGB V gewährt wurden, sind hingegen bei der Prüfung anzurechnen.

Leistungsdauer

Die Dauer richtet sich im Einzelfall grundsätzlich nach der individuellen medizinischen Notwendigkeit. Als Regeldauer von Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen gilt die Dauer von längstens drei Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn die Verlängerung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer

Anstelle der gesetzlich vorgeschriebenen Regeldauer von drei Wochen können die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich in Leitlinien indikationsspezifische Regeldauern festlegen. Von dieser Regeldauer kann die Krankenkasse bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen nur abweichen, wenn dies aus medizinischen Gründen im Einzelfall dringend erforderlich ist.

Zuzahlung

Die Höhe der Zuzahlungen bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird in § 61 Satz 2 SGB V geregelt. Die Zuzahlung beträgt zehn Euro kalendertäglich. Bei Berechnung der Zuzahlung sind der An- und Abreisetag als je ein Kalendertag zu rechnen.

Beispiel:

| | |
|--------------------------|--|
| Dauer der Leistung: | 03.01.2022 bis 24.01.2022 |
| Anzahl der Kalendertage: | 22 |
| Höhe der Zuzahlung: | $22 \times 10 \text{ Euro} = 220 \text{ Euro}$ |

4. Finanzielle Unterstützung während der Reha

Übernahme von Reisekosten

Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten

Geldleistungen während der Rehabilitation

Beiträge zur Sozialversicherung

Übernahme von Reisekosten

Während Rehabilitanden an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, ist es natürlich für sie auch wichtig zu wissen, ob sie Einkommenseinbußen haben, welche finanziellen Ansprüche ihnen während dieser Zeit zustehen und ob ggf. die entstandenen Fahrt- und Reisekosten zur Rehabilitationsmaßnahme und wieder nach Hause durch den jeweiligen Rehabilitationsträger übernommen werden.

Nach § [73](#) SGB IX erhalten Rehabilitanden während der Rehabilitationsmaßnahme unter gewissen Umständen auch die erforderlichen Reisekosten vom jeweils zuständigen Rehabilitationsträger erstattet. Zuständig ist der Träger der Rehabilitation, welcher auch für die Hauptleistung (die Rehabilitation) zuständig ist.

Als Reisekosten werden die erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen, die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation stehen. Zu den Reisekosten gehören auch die Kosten

- für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Behinderung erforderlich ist,
- für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstauffalls,
- für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist, sowie
- für den erforderlichen Gepäcktransport.

Während der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden im Regelfall auch Reisekosten für zwei Familienheimfahrten je Monat übernommen. Anstelle der Kosten für die Familienheimfahrten können für Fahrten von Angehörigen vom Wohnort zum Aufenthaltsort der Leistungsempfänger und zurück Reisekosten übernommen werden.

Reisekosten analog der o. g. Regelungen für Leistungen zur Teilhabe werden auch im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übernommen, wenn die Leistungen länger als acht Wochen erbracht werden.

Fahrkosten werden in Höhe des Betrags zugrunde gelegt, der bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels der niedrigsten Beförderungsklasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist, bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 1 BRKG. Bei Fahrpreiserhöhungen, die nicht geringfügig sind, hat auf Antrag des Leistungsempfängers eine Anpassung der Fahrkostenentschädigung zu erfolgen, wenn die Maßnahme noch mindestens zwei weitere Monate andauert. Kosten für Pendelfahrten können nur bis zur Höhe des Betrags übernommen werden, der unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung bei einer zumutbaren auswärtigen Unterbringung für Unterbringung und Verpflegung zu leisten wäre.

Bei der Benutzung eines Bahntickets werden die Kosten in Höhe des Bahntarifs der 2. Klasse einschließlich der Zuschläge für ICE, IC übernommen.

! WICHTIG:

Versicherte sind verpflichtet, mögliche Fahrpreisvergünstigungen in Anspruch zu nehmen.

Ist behinderungsbedingt die Benutzung eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels oder eines Kraftfahrzeugs nicht möglich oder nicht zumutbar, können dem Versicherte auch die Kosten für die Inanspruchnahme eines besonderen angemessenen Beförderungsmittels (z. B. Mietwagen oder Krankentransportfahrzeug) erstattet werden. Dieses kommt z. B. in Betracht, wenn er sich nicht aus dem Rollstuhl auf einen Autositz umsetzen kann und daher ein spezielles Fahrzeug zur Beförderung benötigt. Die Frage der Angemessenheit richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls und ist ggf. durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.



PRAXIS-TIPP:

Die Höhe der zu übernehmenden Kosten für eine Fahrt mit dem Kraftfahrzeug richtet sich nach dem Bundesreisekostengesetz (BRKG). Hiernach wird jeder mit dem Pkw gefahrene Kilometer mit 0,20 Euro entschädigt, in der Regel bis zu 130 Euro für die gesamte Wegstrecke. In Ausnahmefällen kann ein höherer Betrag angesetzt werden. Die oberste Bundesbehörde kann den Höchstbetrag auf 150 Euro festsetzen, wenn dies im Einzelfall oder allgemein erforderlich ist.



WICHTIG:

Versicherte sollten sich vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme mit dem zuständigen Kostenträger in Verbindung setzen, um die Formalitäten und Voraussetzungen einer möglichen Erstattung von Reisekosten abzuklären.

Zuzahlung

Bei den Fahrkosten, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Rehabilitation stehen, fallen für Leistungsempfänger keine Zuzahlungen an. Die Kosten werden vom jeweils zuständigen Rehabilitationsträger in voller Höhe übernommen.

Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten

Die Haushaltshilfe nach § [74](#) SGB IX wird geleistet, wenn

- den Leistungsempfängern wegen der Ausführung 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 noch nicht zwölf Jahre alt ist oder wenn das Kind eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist.

Die Regelungen zur Kostenübernahme, wenn die Haushaltshilfe von Verwandten oder Verschwägerten bis zum zweiten Grad übernommen wird, gelten entsprechend den Vorschriften der Krankenversicherung.



PRAxis-TIPP:

Beantragen Sie die Haushaltshilfe rechtzeitig, d. h. unbedingt vor Beginn Ihrer Rehabilitationsmaßnahme. Die entsprechenden Antragsformulare der Kostenträger können Sie auf den Internetseiten herunterladen. Fügen Sie dem Antrag auch ein ärztliches Zeugnis der Notwendigkeit der Haushaltshilfe bei.

Voraussetzungen der Haushaltshilfe

Wie oben genannt, ist Voraussetzung für die Leistung einer Haushaltshilfe, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Als Kind in diesem Sinne kommt nicht nur ein familienversichertes Kind, sondern jedes gewöhnlich im Haushalt lebende Kind in Betracht. Dabei spielt es keine Rolle, ob das Kind ein

Familienangehöriger des Versicherten bzw. seines Ehegatten ist.

Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht außerdem nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Anspruch auf Haushaltshilfe besteht insoweit, als der Versicherte den Haushalt selbst geführt hat.

! WICHTIG:

Der Anspruch ist demnach ausgeschlossen, wenn die wesentlichen Haushaltsarbeiten einschließlich Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder durch den Ehegatten, einen anderen Angehörigen oder durch Dritte (z. B. eine Hausangestellte) verrichtet wurden. Kann die Haushaltshilfe ganz oder teilweise von einer im eigenen Haushalt des Versicherten oder im Familienhaushalt wohnenden Person durchgeführt werden, entfällt insoweit die Leistungspflicht der Krankenkasse.

Ist die Krankenversicherung der Rehabilitationsträger, erhalten Versicherte darüber hinaus, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, insbesondere nach

- einem Krankenhausaufenthalt,
- einer ambulanten Operation oder
- einer ambulanten Krankenhausbehandlung,

längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen.

Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe zur Versorgung des Kindes nicht aus.

Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse auch in anderen Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen. Sie kann dabei von § 38 Abs. [1](#) Satz 2 bis 4 SGB V abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.



PRAXIS-TIPP:

Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob auch in anderen Fällen (z. B. Hilfebedürftigkeit nach einer ambulanten Behandlung) ein Anspruch auf Haushaltshilfe in der Satzung verankert ist.

Leistungsumfang

Der Begriff „Haushaltshilfe“ wird im Gesetz nicht definiert. Aus der Tatsache, dass die Haushaltshilfe bei Ausfall der haushaltsführenden Person zur Verfügung zu stellen ist, muss aber geschlossen werden, dass die Hilfe in hauswirtschaftlichen Tätigkeiten besteht. Die Haushaltshilfe umfasst demnach die Dienstleistungen, die zur Weiterführung des Haushalts notwendig sind, z. B. Beschaffung und Zubereitung der Mahlzeiten, Pflege der Kleidung und der Wohnräume. Darüber hinaus erstreckt sie sich auf die Betreuung und Beaufsichtigung der Kinder.

Die zeitliche Begrenzung des Anspruchs auf Haushaltshilfe richtet sich nach der Hauptleistung, die die Haushaltshilfe notwendig macht. Eine Verhinderung an der Weiterführung des Haushalts kann sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag der Rehabilitation (ggf. auch für den Reisetag) angenommen werden.

Je nach den Verhältnissen kann es erforderlich sein, die Ersatzkraft in den Haushalt einzuweisen und mit den Besonderheiten (z. B. wegen eines im Haushalt lebenden behinderten und auf Hilfe angewiesenen Kindes) vertraut zu machen; die hierdurch entstehenden Aufwendungen gehören zur Haushaltshilfe.

Verfahrensablauf und ggf. selbstbeschaffte Ersatzkraft

Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

Der Sachleistungscharakter der Leistung macht es erforderlich, dass der Versicherte zunächst die Stellung einer Ersatzkraft bei der Krankenkasse beantragt bzw. der Krankenkasse die Möglichkeit gibt, eine Ersatzkraft zu stellen. Kann der Leistungsträger wegen fehlender Anstellung eigenen hierfür geeigneten Personals oder mangels vertraglicher Absprachen mit Einrichtungen eine Ersatzkraft nicht stellen oder stehen eigene oder vertraglich gebundene Ersatzkräfte nicht zur Verfügung, ist der Versicherte berechtigt, sich eine Ersatzkraft selbst zu beschaffen. Eine Kostenerstattung für eine vom Versicherten ohne vorherige Einschaltung der Krankenkasse selbst beschaffte Ersatzkraft kann grundsätzlich nicht beansprucht werden (BSG, Urteil vom 26.03.1980, 3 RK 62/79, USK 8036).

Eine Kostenerstattung für die selbstbeschaffte Ersatzkraft kommt auch in Betracht, wenn ein Grund vorliegt, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen; dieser kann beispielsweise darin liegen, dass der Versicherte Wert auf die Weiterführung des Haushalts durch eine Person seines Vertrauens legt.

Wenn eine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführt und zu diesem Zweck unbezahlten Urlaub nimmt, wird dies so behandelt, als wenn eine Ersatzkraft selbst beschafft wurde (vgl. BSG, Urteil vom 22. 4.1987, 8 RK 22/85, USK 8746). Erstattungsfähig ist das ausgefallene Nettoarbeitsentgelt bis zur Höhe des Betrags, den der Leistungsträger für eine selbstbeschaffte, nicht verwandte Ersatzkraft aufzuwenden gehabt hätte.

Für die selbstbeschaffte Ersatzkraft, die mit dem Versicherten bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist, kommt keine Kostenerstattung in Betracht.

Ist die Ersatzkraft mit dem Versicherten weder verwandt noch verschwägert, gehören grundsätzlich alle Kosten, die dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Ersatzkraft entstehen, zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen sind in angemessener Höhe und für eine angemessene Stundenzahl je Einsatztag zu erstatten. Als angemessen werden bei einem achtstündigen Einsatz die nachgewiesenen Aufwendungen bis zu einem täglichen Höchstbetrag von 2,5 Prozent der sich aus § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden Euro-Betrag (2022: 82 Euro), angesehen.

Bei einem weniger oder mehr als acht Stunden täglich umfassenden Einsatz der Ersatzkraft ist als Höchstbetrag je Stunde ein Betrag von einem Achtel des täglichen Höchstbetrages zugrunde zu legen. Bei der angemessenen Zahl der Einsatzstunden sind die Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 28.1.1977, 5 RKn 32/76, USK 7725), so z. B. Anzahl und Alter der Kinder, Gesundheitszustand und Alter des Versicherten. Das kann dazu führen, dass die erforderliche tägliche Einsatzzeit acht Stunden übersteigt.

Hat sich der Versicherte ausnahmsweise eine Ersatzkraft von einem karitativen Verband oder einer vergleichbaren Einrichtung beschafft, weil der Leistungsträger seiner Sachleistungsverpflichtung nicht nachgekommen ist, sind die hierdurch anfallenden notwendigen Kosten auch dann zu erstatten, wenn sie im Einzelfall die hier genannten Pauschbeträge übersteigen (BSG, Urteil vom 23.4.1980, 4 RJ 11/79, USK 8096).

Soweit den bis zum zweiten Grad verwandten oder verschwägerten Ersatzkräften Kosten in Form von Verdienstaufschlag und Fahrkosten entstehen, erstattet die Krankenkasse die entstandenen Kosten, wenn diese nachgewiesen sind und in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten für eine nicht verwandte und nicht verschwägte selbstbeschaffte Ersatzkraft stehen. Dabei sind auch die für diese Ersatzkraft vorgesehenen Höchstbeträge zu beachten.

Verwandte bis zum zweiten Grad des Versicherten sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und der angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister. Verschwägte bis zum zweiten Grad des Versicherten sind Stiefeltern, Kinder des Ehegatten/Lebenspartners,

Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten/Lebenspartners), Eltern des Ehegatten/Lebenspartners, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten/Lebenspartner der Enkelkinder), Stiefgroßeltern und Schwager/Schwägerin.

Hinsichtlich der Kostenerstattung für Verwandte und Verschwägte vom dritten Grad an gelten dieselben Regelungen wie für selbstbeschaffte nicht verwandte und nicht verschwägte Ersatzkräfte.

Anstelle der Haushaltshilfe werden auf Antrag des Leistungsempfängers die Kosten für die Mitnahme oder für die anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen, wenn die Unterbringung und Betreuung des Kindes in dieser Weise sichergestellt ist (§ 74 Abs. [2](#) SGB IX).

Kinderbetreuungskosten nach § 74 Abs. [3](#) SGB IX

Anstelle der Haushaltshilfe werden auf Antrag des Leistungsempfängers die Kosten für die Mitnahme oder für die anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen, wenn die Unterbringung und Betreuung des Kindes in dieser Weise sichergestellt ist.

Kosten für die Kinderbetreuung des Leistungsempfängers können bis zu einem Betrag von 160 Euro je Kind und Monat übernommen werden, wenn die Kosten aufgrund einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation unvermeidbar sind. Es werden neben den Leistungen zur Kinderbetreuung keine weiteren Leistungen erbracht. Der Betrag von 160 Euro erhöht sich entsprechend der jährlichen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. [1](#) SGB IV.

Geldleistungen während der Rehabilitation

Damit Versicherte die Rehabilitation und die damit verbundenen Ziele gut erreichen können, ist es u. a. auch sehr wichtig, dass ihre finanzielle Absicherung während der Rehabilitation gewährleistet ist. Hierzu gibt es gegenüber den verschiedenen Rehabilitationsträgern unterschiedliche Ansprüche.

Krankengeld

Beginn des Krankengeldanspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

- bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§§ 23 Abs. [4](#), [24](#), 40 Abs. [2](#) und [41](#) SGB V) von ihrem Beginn an,
- im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.

Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage. Für Versicherte, deren Mitgliedschaft alleine aufgrund des Bezugs von Krankengeld besteht und vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten sowie für Versicherte, die eine Wahlerklärung zum Krankengeldanspruch (hauptberuflich selbstständig Tätige) abgegeben haben, entsteht der Anspruch von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an.

Der Anspruch auf Krankengeld für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz entsteht bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Wahltarif Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt hat.

Dauer des Anspruchs auf Krankengeld

Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen derselben Krankheit für 78 Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

- nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und
- erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.

Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengelds werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

! WICHTIG:

Der Anspruch auf Krankengeld ruht insbesondere, soweit und solange Versicherte laufendes Arbeitsentgelt erhalten und die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird. Dies gilt allerdings nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach

Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt.

Für Versicherte, die

- Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung, oder
- Ruhegehalt, das nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird,

beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn dieser Leistungen an; nach Beginn dieser Leistungen entsteht ein neuer Krankengeldanspruch nicht. Ist über den Beginn der genannten Leistungen hinaus Krankengeld gezahlt worden und übersteigt dieses den Betrag der Leistungen, kann die Krankenkasse den überschießenden Betrag vom Versicherten nicht zurückfordern.

Das Krankengeld wird um den Zahlbetrag

- der Altersrente, der Rente wegen Erwerbsminderung oder der Landabgaberente aus der Alterssicherung der Landwirte, oder
- der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder der Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,

gekürzt, wenn die Leistung erst nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung an zuerkannt wird.

! WICHTIG:

Die Krankenkasse hat nicht das Recht, den Versicherten aufzufordern, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Allerdings kann sie ihn auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens (in der Regel vom Medizinischen Dienst) auffordern, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe mit einer Frist zehn Wochen zu stellen, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist. Kommen

Versicherte dieser Aufforderung nicht nach, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Zehn-Wochen-Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit der Antragstellung wieder auf.

Höhe und Berechnung des Krankengelds

Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Für die Berechnung des Regelentgelts ist das von dem Versicherten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. Das Ergebnis ist mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden zu vervielfachen und durch sieben zu teilen.

Beispiel:

- Brutto-Arbeitsentgelt (ohne Einmalzahlungen): 2.500,00 Euro
- Das Brutto-Arbeitsentgelt wurde in 178 Stunden erzielt.
- Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Berechnung:

Das Krankengeld wird wie folgt berechnet:

$$(2.500,00 \text{ Euro} \times 38,5 \text{ Stunden}) / (178 \text{ Stunden} \times 7) = 77,25 \text{ Euro}$$

Das Regelentgelt (ohne Berücksichtigung von Einmalzahlungen) beträgt 77,25 Euro.

Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen, gilt der 30. Teil des im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonats erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt.

Beispiel:

Brutto-Arbeitsentgelt (ohne Einmalzahlungen): 2.250,00 Euro

Berechnung:

$$2.250,00 \text{ Euro} / 30 \text{ Tage} = 75,00 \text{ Euro}$$

Das Regelentgelt (ohne Berücksichtigung von Einmalzahlungen) beträgt 75,00 Euro.

Bei dem abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum handelt es sich um den Zeitraum, für den der Betrieb üblicherweise die Entgeltberechnung abgeschlossen hat.

Berücksichtigung von Einmalzahlungen

Für die Berechnung des Regelentgelts ist der 360. Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts (z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld), das in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit der Beitragsberechnung zugrunde gelegen hat, dem berechneten Arbeitsentgelt hinzuzurechnen.

Auch bei der Berechnung des Netto-Arbeitsentgelts wird einmalig gezahltes Arbeitsentgelt berücksichtigt.



PRAXIS-TIPP:

Achten Sie darauf, dass die Ihnen zustehenden Steuerfreibeträge in Ihrer Lohn- oder Gehaltsabrechnung berücksichtigt werden. Das erhöht Ihr Nettoeinkommen. Davon profitieren Sie beim Bezug von Krankengeld.

Das Krankengeld ist nach § 3 Nr. 1 Buchst. a EStG steuerfrei. Versicherte erhalten automatisch nach Ablauf des Kalenderjahrs am Jahresanfang von ihrer Krankenkasse eine Bescheinigung für das Finanzamt über die erhaltenen Krankengeldzahlungen zur Vorlage bei der Steuerabrechnung.

Die Berechnungsgrundlage, die dem Krankengeld zugrunde liegt, wird jeweils nach Ablauf eines Jahres ab dem Ende des Bemessungszeitraums an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst, und zwar entsprechend der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer vom vorvergangenen zum vergangenen Kalenderjahr. Die Rechtsgrundlage ist hierfür § [70](#) SGB IX.

Verletztengeld

Das Verletztengeld ist eine Leistung der gesetzlichen Unfallversicherung und hat seine Rechtsgrundlage in § [45](#) SGB VII.

Verletztengeld wird erbracht, wenn Versicherte

- infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und
- unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, nicht nur darlehensweise gewährtes Arbeitslosengeld II oder nicht nur Leistungen für Erstausrüstungen für Bekleidung bei Schwangerschaft

und Geburt nach dem SGB II oder Mutterschaftsgeld hatten.

Verletztengeld wird auch erbracht, wenn

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind,
- diese Maßnahmen sich aus Gründen, die die Versicherten nicht zu vertreten haben, nicht unmittelbar an die Heilbehandlung anschließen,
- die Versicherten ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht wieder aufnehmen können oder ihnen eine andere zumutbare Tätigkeit nicht vermittelt werden kann oder sie diese aus wichtigem Grund nicht ausüben können und
- unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, nicht nur darlehensweise gewährtes Arbeitslosengeld II oder nicht nur Leistungen für Erstausrüstungen für Bekleidung bei Schwangerschaft und Geburt nach dem SGB II oder Mutterschaftsgeld hatten.

Beginn und Ende des Verletztengeldes

Wegen der vorrangigen Lohn- oder Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber wird Verletztengeld von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, oder mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, die den Versicherten an der Ausübung einer ganztägigen Erwerbstätigkeit hindert.

Das Verletztengeld endet

- mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme, oder
- mit dem Tag, der dem Tag vorausgeht, an dem ein Anspruch auf Übergangsgeld entsteht.

Grundsätzlich endet die Leistung aber spätestens mit Ablauf der 78. Woche, es sei denn, der Versicherte befindet sich noch in stationärer Behandlung.

Höhe des Verletztengeldes

Versicherte, die Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben, erhalten Verletztengeld entsprechend den Regelungen zum Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V mit der Maßgabe, dass

- das Regelentgelt aus dem Gesamtbetrag des regelmäßigen Arbeitsentgelts und des Arbeitseinkommens zu berechnen und bis zu einem Betrag in Höhe des 360. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist, und
- das Verletztengeld 80 Prozent des Regelentgelts beträgt und das bei Anwendung der gesetzlichen Grundlagen der Krankengeldberechnung berechnete Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigt.

Arbeitseinkommen ist bei der Ermittlung des Regelentgelts mit dem 360. Teil des im Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Maßnahmen der Heilbehandlung erzielten Arbeitseinkommens zugrunde zu legen. Die Satzung hat bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung abweichende Bestimmungen zur Zahlung und Berechnung des Verletztengeldes vorzusehen, die sicherstellen, dass das Verletztengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt.

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Maßnahmen zur Prävention, Rehabilitation (medizinisch, beruflich), Nachsorge und/oder zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Es wird nur gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht. Die Höhe ist unterschiedlich und richtet sich nach dem vorhergehenden Einkommen. Als Richtwert können zwei Drittel vom Nettoeinkommen angenommen werden.

Kostenträger für Übergangsgeld

Folgende Kostenträger können für das Übergangsgeld zuständig sein:

- Rentenversicherungsträger
- Unfallversicherungsträger
- Agentur für Arbeit
- Träger der sozialen Entschädigung

Übergangsgeld gehört zu den sog. „ergänzenden Leistungen“. Welcher Träger für die Zahlung zuständig ist, hängt davon ab, wer die Hauptleistung der Rehabilitationsmaßnahme erbringt.



PRAXIS-TIPP:

Informieren Sie sich vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme über die entsprechenden Voraussetzungen Ihres zuständigen Leistungsträgers zur Zahlung von Übergangsgeld. Die notwendigen Formulare können Sie in vielen Fällen direkt beim Leistungsträger anfordern oder auf der Webseite des zuständigen Rehabilitationsträgers downloaden.

Voraussetzungen für den Bezug von Übergangsgeld

Bei allen Kostenträgern gilt:

- Übergangsgeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d. h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Betrieb besteht, also in der Regel nach sechs Wochen.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Dauer des Anspruchs auf Übergangsgeld

Der Anspruch auf Übergangsgeld besteht für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme. Ein voller Monat wird immer mit 30 Zahltagen betrachtet.

Versorgungskrankengeld

Das Versorgungskrankengeld steht während einer Heilbehandlung oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) zu, solange Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Es beträgt 80 Prozent des Regellohns und darf das entgangene regelmäßige Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Die Rechtsgrundlagen lassen sich in §§ [16](#) bis [16h](#) BVG nachlesen.

Anspruch auf Versorgungskrankengeld haben gesundheitlich geschädigte Personen der Bundeswehr und der Bundespolizei. Die Schädigung muss aber auf die jeweilige dienstbezogene Tätigkeit bzw. einen Unfall während der Ausübung des Dienstes zurückzuführen sein.

Ausbildungsgeld

Das Ausbildungsgeld ist eine unterhaltssichernde Leistung und wird bei der Bundesagentur für Arbeit beantragt. Ausbildungsgeld wird als besondere Leistung zur Förderung der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen (§ [118](#) Satz 1 Nr. 2 SGB III) nachrangig erbracht, wenn Übergangsgeld (§§ [119](#) ff. SGB III) nicht gezahlt werden kann.

Mit Menschen mit Behinderungen sind Rehabilitanden im Sinne des § [19](#) SGB III gemeint, für die die Bundesagentur für Arbeit der zuständige Rehabilitationsträger ist.

Voraussetzungen

Zuerst sind die Anspruchsvoraussetzungen des Übergangsgeldes zu prüfen. Besteht kein Anspruch auf Übergangsgeld, ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für Ausbildungsgeld erfüllt sind.

Für den Anspruch auf Ausbildungsgeld ist die Förderung einer der folgenden Leistungen/Maßnahmen maßgeblich:

- Berufsausbildung (einschließlich einer Förderung mit dem Budget für Ausbildung) oder berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung nach § [117](#) SGB III
- individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung nach § [55](#) SGB IX
- Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § [60](#) SGB IX

Unterhaltsbeihilfe

Bei der Unterhaltsbeihilfe handelt es sich um eine Geldleistung der Träger der Kriegsopferfürsorge. Sie soll der Sicherung des Lebensunterhalts während einer erstmaligen beruflichen Ausbildung oder berufsvorbereitenden Maßnahme dienen.

Versicherte können Unterhaltsbeihilfe erhalten, wenn sie die Voraussetzungen für die Gewährung von Übergangsgeld erfüllen, jedoch bisher noch nicht beruflich tätig waren.

Beiträge zur Sozialversicherung

Während Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch genommen werden, ist es wichtig, auch sozialversicherungsrechtlich abgesichert zu sein.

Versicherte erhalten deshalb vom jeweils zuständigen Rehabilitationsträger neben ihrer Geldleistung wie Übergangsgeld etc. auch die Beiträge zur Krankenversicherung, Unfallversicherung, zur Rentenversicherung, zur Bundesagentur für Arbeit sowie zur Pflegeversicherung.

Während des Bezugs von Übergangsgeld besteht Sozialversicherungspflicht und damit auch die Pflicht zur Zahlung von Beiträgen in die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. Die Einzelheiten zum Versicherungsschutz bestimmen sich nach Vorschriften des jeweils zuständigen Rehabilitationsträgers.



PRAXIS-TIPP:

Erkundigen Sie sich beim zuständigen Rehabilitationsträger vor Antritt der Reha über Ihre soziale Absicherung und Ihren Versicherungsschutz während der Reha.

5. Leistungen nach der Rehabilitation

Rehabilitationssport

Funktionstraining

Stufenweise Wiedereingliederung

Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Rehabilitationssport

Auch nach Beendigung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme besteht in vielen Fällen ein Bedarf zur weiteren Behandlung bzw. Festigung des Rehabilitationsergebnisses. Dabei kommen vielfältige Möglichkeiten und Angebote in Betracht.

Die verschiedenen Rehabilitationsträger erbringen Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX i. V. m. § 43 SGB V, § 28 SGB VI, § 39 SGB VII, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) hat dazu in einer Rahmenvereinbarung vom 26.11.2021 das Nähere zu Einzelheiten und der konkreten Ausgestaltung der Leistungen Rehabilitationssport und Funktionstraining definiert.



PRAXIS-TIPP:

Die Rahmenvereinbarung über Rehabilitationssport und Funktionstraining finden Sie im Internet auf der Seite der BAR, siehe hierzu: www.bar-frankfurt.de

Antragstellung

Ein Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport erfolgt durch eine Verordnung vom behandelnden Arzt. Dazu verwendet der Arzt den Mustervordruck 56 (Antrag auf Kostenübernahme Rehabilitationssport). Diese Verordnung reichen Leistungsempfänger bei ihrer Krankenkasse ein, welche diese prüft und dann in den meisten Fällen die Kosten übernimmt (§ 64 SGB IX).

Folgende Felder sind vom Arzt bei der Verordnung unbedingt richtig auszufüllen:

- Markierung bei Rehabilitationssport
- Eintragung der Diagnose, Schädigung sowie Ziel
- Markierung der empfohlenen Rehabilitationssportart
- ein Kreuz für 50 / 120 bzw. 45, 90 oder 120 Übungseinheiten oder andere Begründung
- Angabe zur wöchentlichen Teilnahme (ein- bis dreimal)
- final das Datum, die Unterschrift und der Stempel des Vertragsarztes

Folgeverordnung von Rehabilitationssport

Die Verlängerung einer Verordnung bzw. eine Folgeverordnung ist zwar möglich, aber es besteht kein gesetzlicher Anspruch darauf. Prinzipiell gilt der volle Leistungsumfang des ersten Antrags auf dem Verordnungsformular. Auch über eine erneute Bewilligung der Kostenübernahme entscheiden die Krankenkassen.

Es gibt keine festgelegte Zahl für Folgeverordnungen im Rehabilitationssport. Oftmals erhalten Leistungsempfänger eine Verlängerung, wenn sie erneut erkranken oder einen (unerwarteten) Unfall erleiden. Auch nach einer ambulanten bzw. stationären Behandlung sind Folgeverschreibungen keine Seltenheit.

! WICHTIG:

Wenn der Krankenkasse die Begründung einer Folgeverordnung nicht ausreicht, haben Versicherte nur geringe Möglichkeiten. Sie können noch einmal genau eine Gegendarstellung verlangen oder sich mit ihrem Arzt in Verbindung setzen. Nun geht es beim Rehabilitationssport auch nicht um sehr große Summen, weshalb es dann vielleicht nicht der Mühe wert ist. Aber das muss man selbst wissen bzw. entscheiden.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt der Rehabilitationseinrichtung festgestellt wurde und der Mensch mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Mensch den Rehabilitationssport/das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining ergänzend zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Voraussetzung für die Zuständigkeit der Unfallversicherung ist das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit.

Rehabilitationssport und Funktionstraining sind nicht als Ersatz für unzureichende Angebote an Spiel-, Sport- und Bewegungsmöglichkeiten in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe, im Kindergarten, im allgemeinen Sportunterricht und in Sondergruppen außerhalb des Schulbetriebs zu verordnen.

Unberührt bleiben davon die Durchführung von Breiten-, Freizeit- und Leistungssport von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen sowie die Zuständigkeit für die Ausbildung des bei der Durchführung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings notwendigen Personals.

Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports

Rehabilitationssport kommt für Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern und das Selbstbewusstsein

insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken. Rehabilitationssport fördert umfassend die funktionale Gesundheit und zielt dabei auch auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte ab. Es fördert die Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe, insbesondere die soziale und berufliche Teilhabe und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen, z. B. durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe bzw. im Verein auf eigene Kosten.

Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports, sportlich ausgerichteter Spiele und bewegungstherapeutischer Inhalte ganzheitlich auf die Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein.

Rehabilitationssport umfasst Übungen, die unter fachkundiger Anleitung in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppendynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken.

Auch Maßnahmen, die einem krankheits-/behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z. B. Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmenden abzustellen. Rehabilitationssport kann auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen umfassen, deren Selbstbewusstsein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.



PRAXIS-TIPP:

Ein Verzeichnis der zugelassenen Anbieter von Rehabilitationssport können Sie bei Ihrer Krankenkasse erfragen. Dabei wird nach verschiedenen Indikationsgruppen unterschieden (z. B. Herzsportgruppe, Wirbelsäulenkräftigung).

Die gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Unfallversicherungsträger prüfen im Einzelfall die Ausweitung der Richtlinie über die Verordnung von Rehabilitationssport auch auf andere Geschlechter, z. B. Jungen, (junge) Männer und Transgender.

Funktionstraining

Funktionstraining kommt für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparats angezeigt sein.

Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung und die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Funktionstraining fördert umfassend die funktionale Gesundheit von Personen mit rheumatischen und muskuloskeletalen Erkrankungen und zielt dabei auch auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte ab. Es fördert die Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe, insbesondere die soziale und berufliche Teilhabe und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen, z. B. durch die weitere Teilnahme an Bewegungsangeboten auf eigene Kosten.

Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein.

Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Leitung im Rahmen regelmäßig abgehaltener

Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppendedynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Neben den bewegungstherapeutischen Übungen können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die Leistung der stufenweisen Wiedereingliederung ist eine ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise ausüben und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen mit dieser Zielrichtung erbracht werden (§ 44 SGB IX).

Die Vorschrift lehnt sich an die schon in § 74 SGB V vorgesehene Regelung der stufenweisen Wiedereingliederung der gesetzlichen Krankenversicherung an. Im Recht der Rentenversicherung hingegen gibt es keine entsprechende Vorschrift; lediglich den Verweis in § 15 Abs. 1 SGB VI auf § 44 SGB IX, wonach die stufenweise Wiedereingliederung jedenfalls generell auch zum Leistungskatalog der von den Rentenversicherungsträgern zu gewährenden medizinischen Reha zählt.

Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- oder Rentenversicherung

Zur Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Renten- und gesetzlicher Krankenversicherung bei einer stufenweisen Wiedereingliederung wurde die „Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i. V. m. § 51 Absatz 5 SGB IX“ geschlossen, welche zum 01.09.2011 in Kraft getreten ist und auch weiterhin Gültigkeit hat.

Es wird im Rahmen der Vereinbarung besonders auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen einzelnen Maßnahmen der Rehabilitation bzw. auf den Charakter einer Gesamt-Maßnahme und auf den Grundsatz der Einheitlichkeit der Reha-Gewährung (§ 4 Abs. 2 Vereinbarung) abgestellt, um die Zuständigkeit des einen Reha-Trägers festzustellen. Der unmittelbare Anschluss einer Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung setzt keine direkte zeitliche Aufeinanderfolge zu einer vorherigen medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation voraus. Die stufenweise Wiedereingliederung

stellt sich regelmäßig als Bestandteil einer einheitlichen (Gesamt-)Maßnahme dar, wenn sie im Anschluss an eine vom Rentenversicherungsträger gewährte stationäre Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird und der Zeitraum zwischen dieser und der stufenweisen Wiedereingliederung weniger als eine Woche beträgt.

Beispiel:

Herr Fischer ist Arbeitnehmer und befindet sich vom 12.07.2022 bis 24.07.2022 auf einer medizinischen Rehabilitation zulasten der Rentenversicherung. Im Rahmen des Entlassungsgesprächs wird von der Reha-Einrichtung eine stufenweise Wiedereingliederung über den Arbeitgeber ab dem 27.07.2022 vorgeschlagen.

Da zwischen dem Ende der Rehabilitationsmaßnahme und dem Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung ein Zeitraum von weniger als einer Woche besteht, ist der Rentenversicherungsträger für die stufenweise Wiedereingliederung zuständig und Herr Fischer erhält auch für den Zeitraum der stufenweisen Wiedereingliederung Übergangsgeld von der Deutschen Rentenversicherung.

Nach § 7 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien sind bei der Feststellung, ob eine stufenweise Wiedereingliederung empfohlen werden kann, körperliche, geistige und seelische Gesundheitszustände des Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen. Deshalb darf diese Feststellung nur aufgrund ärztlicher Untersuchung erfolgen. Die Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung in der Anlage der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie sind zu beachten. Die Feststellung hat spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen im Zusammenhang mit jeder Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen.

Von einer Feststellung ist abzusehen, sofern durch die Teilnahme an einer Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung für den Genesungsprozess der oder des Versicherten nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen können. Gleiches gilt, sofern Versicherte eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit ablehnen.



PRAXIS-TIPP:

Wenn Sie im laufenden Krankengeldbezug sind, nehmen Sie unbedingt Kontakt zu Ihrem Arbeitgeber und der Krankenkasse auf, um zu klären, ob ggf. der Arbeitgeber während der stufenweisen Wiedereingliederung das Entgelt teilweise weiterzahlt. Er ist dazu gesetzlich nicht verpflichtet, sollte er dies aber auf freiwilliger Basis übernehmen, kann dies zum Ruhen von Krankengeld führen.

Voraussetzung für die stufenweise Wiedereingliederung ist die Erklärung der Freiwilligkeit durch Unterschrift des Versicherten auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck. Auf diesem hat der Arzt die tägliche Arbeitszeit und diejenigen Tätigkeiten anzugeben, die der Versicherte während der Phase der Wiedereingliederung ausüben kann bzw. denen er nicht ausgesetzt werden darf. Lehnt der Arbeitgeber die Wiedereingliederung ab, soll er seine ablehnende Stellungnahme ebenfalls auf dem Vordruck bescheinigen.

Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung, und zwar darüber, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Diese Maßnahmen und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Zustimmung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist grundsätzlich nicht verpflichtet, mit dem Arbeitnehmer eine Vereinbarung zu schließen, die diesem die Wiedereingliederung ermöglicht. Er muss eine Ablehnung auch nicht begründen.

Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung sowie das

Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Betrieb (z. B. Ansprechpartner für betriebliches Eingliederungsmanagement, Personalabteilung, Betriebsarzt), bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement).

Beschäftigte können zusätzlich eine Vertrauensperson eigener Wahl hinzuziehen. Soweit erforderlich, wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die Rehabilitationsträger oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Zwei-Wochen-Frist erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Betrieb, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

Belastungserprobung und Arbeitstherapie

§ 42 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX führt auch die Belastungserprobung und Arbeitstherapie als ergänzende Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf.

Durch eine Belastungserprobung soll während oder im unmittelbaren Anschluss an die medizinische Rehabilitation das Restleistungsvermögen des Versicherten in Zusammenarbeit mit qualifizierten Einrichtungen abgeklärt werden. Es erfolgt eine Bestandsaufnahme der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit zum Ermitteln des arbeitsrelevanten Leistungsprofils und der sozialen Anpassungsfähigkeit (diagnostische Abklärung). Die darauf aufbauende Arbeitstherapie will Fertigkeiten erhalten und entwickeln, die für die berufliche Wiedereingliederung wichtig sind. Die Belastungserprobung und die Arbeitstherapie verfolgen medizinische Zwecke und sind daher Mittel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 42 SGB IX) und nicht der beruflichen Teilhabe.

Die Belastungserprobung ermöglicht die schrittweise individuelle Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz. Dabei ist auch das behandelnde ärztliche Personal intensiv eingebunden.

Die Belastungserprobung ist eine medizinische Maßnahme. Sie trägt dazu bei, dass Versicherte rasch wieder ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen können. Um dies zu erreichen, beginnen die Versicherten mit einer individuell festgelegten, verminderten Arbeitszeit von beispielsweise vier Stunden pro Tag. Haben sie diese Stufe ohne Probleme absolviert, wird die tägliche Arbeitszeit unter enger medizinischer Kontrolle stufenweise erhöht, um schließlich die volle Belastung zu erreichen.

In der Regel dauert eine Belastungserprobung vier bis sechs Wochen – in Einzelfällen auch länger. In dieser Zeit besteht weiterhin Arbeitsunfähigkeit und die zuständige Berufsgenossenschaft zahlt Verletzengeld an die Versicherten.

Die Arbeitstherapie nutzt den Erwerb und die Verbesserung von

Grundarbeitsfähigkeiten, um Krankheiten umfassend zu behandeln. Sie soll neben Grundfertigkeiten auch Handfertigkeiten und nicht konkret berufsbezogene handwerkliche Fähigkeiten vermitteln. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten auf Antrag die isolierte Leistung der Arbeitstherapie als stationäre, teilstationäre oder auch ambulante Leistung. Sie muss einem ärztlichen Behandlungsplan folgen, ärztlich begleitet und insgesamt ärztlich verantwortet werden. Die Maßnahmen dienen der Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit und in den allgemeinen Lebensalltag.

Nach § 15 Abs. 1 SGB VI i. V. m. § 42 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX kann auch der Träger der Rentenversicherung eine Arbeitstherapie als eigenständige Therapie gewähren, wenn dies medizinisch indiziert ist. Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung ist in der gesetzlichen Rentenversicherung auch bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht zwingend erforderlich, dass eine ausgeprägte ständige ärztliche Verantwortung bestehen muss, wie sich schon ausdrücklich aus § 15 Abs. 2 Satz 2 SGB VI ergibt.

Die Krankenkassen sind gegenüber den Trägern der Rentenversicherung nur nachrangig verpflichtet, eine Arbeitstherapie als Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren (vgl. § 40 Abs. 4 SGB V), auch Subsidiarität der Leistung der Krankenversicherung genannt. Auch wenn die Arbeitstherapie mit einer Eingliederung in einen Betrieb verbunden ist, handelt es sich nicht um ein Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis. In diesen Fällen gibt der ärztliche Behandlungsplan der Maßnahme das Gepräge, eventuelle Weisungsbefugnisse des Arbeitgebers sind demgegenüber nachrangig.

Dauer der Maßnahme

Die Dauer einer Belastungserprobung kann sehr unterschiedlich sein und hängt von der Indikation als auch von der individuellen Situation und Zielsetzung des Leistungsempfängers ab. Der tägliche Arbeitsumfang schwankt zwischen mindestens drei Stunden bis zu maximal acht Stunden. Ist die Belastungserprobung auf körperliche Gesundheitsschäden zurückzuführen, ist eine externe Maßnahme meist auf maximal vier Tage begrenzt. In der Psychosomatik und bei Abhängigkeitserkrankungen sollten externe Belastungserprobungen mit einer Dauer von zwei bis vier Wochen

angestrebt werden.

An einer Belastungserprobung können u. a. Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sprachtherapeuten beteiligt sein.

Die Arbeitstherapie ist ein Behandlungsfeld der Ergotherapie, bei dem die Arbeit unter wirklichkeitsnahen Bedingungen als Mittel der Therapie eingesetzt wird. Der Patient wechselt zunehmend aus der Rolle des Behandelten in die des Handelnden über. Ziel ist es, die körperliche, geistige und seelische Belastbarkeit zu steigern sowie die Arbeitsgrundfähigkeit und spezielle Fähigkeiten für die berufliche Wiedereingliederung zu verbessern und zu stabilisieren.

Maßnahmen der Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie soll verschiedene Fähigkeiten verbessern oder wiederherstellen:

- Grundarbeitsfähigkeiten wie Ausdauer, Konzentration, Tages- und Zeitstrukturierung
- soziale Fähigkeiten wie Kontakt-, Durchsetzungs- und Anpassungsfähigkeit, Selbstvertrauen oder Entscheidungsfähigkeit
- motorische Fähigkeiten wie Feinmotorik, Geschicklichkeit und körperliche Belastbarkeit
- instrumentelle und individuelle Kompetenzen (z. B. Rechnen, Schreiben, Organisieren)
- Alltagskompetenzen

Ein Arbeitstherapeut erstellt mit dem Versicherten zunächst eine Arbeits- und Berufsanamnese. Er entwickelt Anforderungs- und Eignungsprofile und führt mit ihm realitätsorientierte Trainingsangebote und Belastungserprobungen durch. Auch informiert er den Versicherten über die Möglichkeiten der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und betreut ihn an der neuen

Arbeitsstelle. Gemeinsam mit dem Versicherten und dessen Arbeitgeber verarbeitet er Vorschläge, um ggf. den Arbeitsplatz individuell an seine Bedürfnisse anzupassen.

6. Hilfreiche Adressen

Rehabilitationsträger

Krankenkassen

Ministerien und Behörden

Müttergenesung, Kinderkuren, Wohlfahrtsverbände

Heilbäder, Kurorte, Kuranbieter

Selbsthilfe, Sozial- und Behindertenverbände, Sportverbände

Rehabilitationsträger

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)

Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt/Main,

Tel.: 069/60 50 18-0, Fax: 069/60 50 18-29

www.bar-frankfurt.de

Zentrale der Bundesagentur für Arbeit

Regensburger Str. 104, 90478 Nürnberg

Tel.: 0911/179-0, Fax: 0911/1792123

www.arbeitsagentur.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

Mittelstr. 53 1, 10117 Berlin-Mitte

Tel.: 030/28 87 63-800, Fax: 030/28 87 63-808

www.dguv.de

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstr. 2, 10709 Berlin

Tel.: 030/865 261 35, Fax: 030/86 52 72 40

www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Pieperstr. 14–28, 44789 Bochum

Tel.: 0234/304-0, Fax: 0234/30 46 60 50

www.deutsche-rentenversicherung.de/knappschaftbahnsee

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Weissensteinstr. 70–72, 34131 Kassel

Tel.: 0561/93590, Fax: 0561/9359244

www.svlfg.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger
der Sozialhilfe**

Warendorfer Str. 26–28, 48133 Münster

Tel.: 0251/5916531, Fax: 0251/591714901

www.lwl.org/LWL/Soziales/BAGues

Krankenkassen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Tel.: 030/269310, Fax: 030/269312900

www.vdek.com

AOK Bundesverband GbR

Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Tel.: 030/34646-0, Fax: 030/346462502

www.aok-by.de

BKK Dachverband e.V.

Zimmerstr. 55, 10117 Berlin

Tel.: 030/2700406-0

www.bkk-dachverband.de

IKK-Bundesverband

Friedrich-Ebert-Str. 1 /Technologiepark, 54129 Bergisch Gladbach

Tel.: 02204/844551, Fax: 02204/844561

www.ikk.de

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln

Tel.: 0221/9987-0, Fax: 0221/9987 3950

www.pkv.de

Ministerien und Behörden

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Rochusstr. 1, 53123 Bonn

Tel.: 030/18441-0, Fax: 030/18441-4900

www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Wilhelmstr. 49, 10117 Berlin

Tel.: 0228/99441-0, Fax: 0228/99441-1901

www.bmas.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 0221/89 92-0, Fax: 0221/89 92-300

www.bzga.de

Patientenbeauftragter Bund

Friedrichstr. 108, 10117 Berlin

Tel.: 030/18 441-3420, Fax: 030/18 441-3422

www.patientenbeauftragter.de

Unabhängige Patientenberatung

Littenstr. 10, 10179 Berlin

Tel.: 030/200 8923-3, Fax: 030/200 8923-30

www.unabhaengige-patientenberatung.de

Müttergenesung, Kinderkuren, Wohlfahrtsverbände

Aktion Mensch

Heinemannstr. 36, 53175 Bonn

Tel.: 0228/20 92 300, Fax: 0228/2092 7777

www.aktion-mensch.de

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendrehabilitation e.V.

Sophienstr. 25, 99518 Bad Sulza

Tel.: 0364 61/970, Fax: 036461/97819

www.sophien-klinik.de

AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

Blücherstr. 62/63, 10961 Berlin

Tel.: 030/263090

www.awo.org

Deutscher Caritasverband e. V.

Karlstr. 40, 79104 Freiburg

Tel.: 0761/200-0

www.caritas.de

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

Gesamtverband e. V.

Oranienburger Str. 13–14, 10178 Berlin

Tel.: 030/24636-0, Fax: 030/24636-110

www.der-paritaetische.de

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Carstennstr. 58, 12205 Berlin

Tel.: 030/85404-0, Fax: 030/85404-450

www.drk.de

Diakonie Deutschland e. V.

Caroline-Michaelis-Str. 1, 10115 Berlin

Tel.: 030/652 11-0, Fax: 030/652 11-3333

www.diakonie.de

Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk

Bergstr. 63, 10115 Berlin

Tel.: 030/3300290, Fax: 030/33 002920

www.muettergenesungswerk.de

Ev. Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e. V.

Reichensteiner Weg 24, 14195 Berlin

Tel.: 030/84 41 86 41, Fax: 030/84 41 86 54

Heilbäder, Kurorte, Kuranbieter

Deutscher Heilbäderverband e. V. (DHV)

Charlottenstr. 13, 10969 Berlin

Tel.: 030/2463692-0

www.deutscher-heilbäderverband.de

Arbeitskreis Gesundheit e. V.

Gustav-Mahler-Str. 2, 04109 Leipzig

Tel.: 0341/8705959-0, Fax: 0341/970595959

www.arbeitskreis-gesundheit.de

Selbsthilfe, Sozial- und Behindertenverbände, Sportverbände

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V.

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf

Tel.: 0211/31006-0, Fax: 0211/31006-48

www.bag-selbsthilfe.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin

Tel.: 030/8934014, Fax: 030/31018970

www.dag-shg.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin

Tel.: 030/31 01 89 60, Fax: 030/31 01 89 70

www.nakos.de

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD) Bundesgeschäftsstelle

Stralauer Str. 63, 10179 Berlin

Tel.: 030/72 62 22-0, Fax: 030/72 62 22-311

www.sovd.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Wurzerstr. 4a, 53175 Bonn

Tel.: 0228/82093-0, Fax: 0228/82093-43

www.vdk.de

Deutscher Behindertensportverband e. V.

Tulpenweg 2–4, 50226 Frechen

Tel.: 02234/60 00-213, Fax: 02234/60 00-150

www.dbs-npc.de

Deutsche Behinderten-Sportjugend

Tulpenweg 2–4, 50226 Frechen

Tel.: 02234/60 00-213, Fax: 02234/60 00-150

www.dbs-npc.de

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)

Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt am Main

Tel.: 069/670 00, Fax: 069/67 49 06

www.dosb.de

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte

Menschen e. V. (BVKM)

Brehmstr. 5–7, 40239 Düsseldorf

Tel.: 0211/64004-0, Fax: 0211/64004-20

www.bvkm.de

**Bundesverband für Rehabilitation und
Interessenvertretung (BDH)**

Eifelstr. 7, 53119 Bonn

Tel.: 0228/96984-0, Fax: 0228/96984-99

www.bdh-reha.de

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e. V. (BSK)

Altkrautheimer Str. 20, 74238 Krautheim

Tel.: 06294/4281-0, Fax: 06294/4281-79

www.bsk-ev.org

Bundesvereinigung der Lebenshilfe e. V.

Raiffeisenstr. 18, 35043 Marburg

Tel.: 06421/491-0, Fax: 06421/491-167

www.lebenshilfe.de

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.

Rungestr. 19, 10179 Berlin

Tel.: 030/285387-0, Fax: 030/285387-20

www.dbsv.org

Deutscher Gehörlosenverbund e. V.

Am Zirkus 4, 10117 Berlin

Tel.: 030/609895-360, Fax: 030/609895-363

www.gehoerlosen-bund.de

Deutscher Schwerhörigenbund e. V. (DSB)

Sophie-Charlotten-Str. 23a, 10459 Berlin

Tel.: 030/475411-14, Fax: 030/47 54 11-16

www.schwerhoerigen-netz.de

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben

in Deutschland e. V. (ISL)

Krantorweg 1, 13503 Berlin

Tel.: 030/40 57-14 09, Fax: 030/40 57 3685

www.isl-ev.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin

Tel.: 018 02 /55 04-44, Fax: 030/20 45 89-31

www.pkv-ombudsmann.de

Auszüge aus referenzierten Vorschriften

Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (Auszug)

BRKG (Auszug)

BVG (Auszug)

Reha-RL (Auszug)

SGB I (Auszug)

SGB X (Auszug)

SGB III (Auszug)

SGB IV (Auszug)

SGB V (Auszug)

SGB VI (Auszug)

SGB VII (Auszug)

SGB IX (Auszug)

SGG (Auszug)

Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (Auszug)

§ 7 Stufenweise Wiedereingliederung

Auszug aus: Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie

§ 7 Stufenweise Wiedereingliederung

Diese Fassung gilt ab dem 04.02.2020

§ 7 Stufenweise Wiedereingliederung

(1) ¹Bei der Feststellung, ob eine stufenweise Wiedereingliederung gemäß § 74 SGB V und § 44 SGB IX empfohlen werden kann, sind körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheitszustand der oder des Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen. ²Deshalb darf diese Feststellung nur aufgrund ärztlicher Untersuchung erfolgen. ³Die Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung in der Anlage dieser Richtlinie sind zu beachten.

(2) Die Feststellung nach Absatz 1 hat spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen im Zusammenhang mit jeder Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5 zu erfolgen.

(3) ¹Von einer Feststellung nach Absatz 1 ist abzusehen, sofern durch die Teilnahme an einer Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung für den Genesungsprozess der oder des Versicherten nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen können. ²Gleiches gilt, sofern Versicherte eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit ablehnen.

(4) Eine Feststellung nach Absatz 1 erfolgt nicht im Rahmen des Entlassmanagements nach § 4a.

BRKG (Auszug)

§ 5 Wegstreckenentschädigung

§ 5 Wegstreckenentschädigung

(1) Für Fahrten mit anderen als den in § 4 genannten Beförderungsmitteln wird eine Wegstreckenentschädigung gewährt. Sie beträgt bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder eines anderen motorbetriebenen Fahrzeuges 20 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke, höchstens jedoch 130 Euro. Die oberste Bundesbehörde kann den Höchstbetrag auf 150 Euro festsetzen, wenn dienstliche Gründe dies im Einzelfall oder allgemein erfordern.

(2) Besteht an der Benutzung eines Kraftwagens ein erhebliches dienstliches Interesse, beträgt die Wegstreckenentschädigung 30 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke. Das erhebliche dienstliche Interesse muss vor Antritt der Dienstreise in der Anordnung oder Genehmigung schriftlich oder elektronisch festgestellt werden.

(3) Benutzen Dienstreisende zur Erledigung von Dienstgeschäften regelmäßig ein Fahrrad, wird Wegstreckenentschädigung nach Maßgabe einer allgemeinen Verwaltungsvorschrift gemäß § 16 gewährt.

(4) Eine Wegstreckenentschädigung wird Dienstreisenden nicht gewährt, wenn sie

1. eine vom Dienstherrn unentgeltlich zur Verfügung gestellte Beförderungsmöglichkeit nutzen konnten oder
2. von anderen Dienstreisenden des Bundes oder eines anderen Dienstherrn in einem Kraftwagen mitgenommen wurden.

BVG (Auszug)

§ 16 (Gewährung von Versorgungskrankengeld)

§ 16h (Übergang)

§ 16 (Gewährung von Versorgungskrankengeld)

(1) Versorgungskrankengeld nach Maßgabe der folgenden Vorschriften wird gewährt

- a) Beschädigten, wenn sie wegen einer Gesundheitsstörung, die als Folge einer Schädigung anerkannt ist oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht ist, arbeitsunfähig im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung werden; bei Gesundheitsstörungen, die nur im Sinne der Verschlimmerung als Folge einer Schädigung anerkannt sind, tritt an deren Stelle die gesamte Gesundheitsstörung, es sei denn, daß die als Folge einer Schädigung anerkannte Gesundheitsstörung auf die Arbeitsunfähigkeit ohne Einfluß ist,
- b) Beschädigten, wenn sie wegen anderer Gesundheitsstörungen arbeitsunfähig werden, sofern ihnen wegen dieser Gesundheitsstörungen Heil- oder Krankenbehandlung zu gewähren ist (§ 10 Abs. 2, 5 Buchstabe a und Absatz 7),
- c) Witwen und hinterbliebenen Lebenspartnern (§§ 38, 42 bis 44 und 48), Waisen (§§ 45 und 48) und versorgungsberechtigten Eltern (§§ 49 bis 51), wenn sie arbeitsunfähig werden, sofern ihnen Krankenbehandlung zu gewähren ist (§ 10 Abs. 4 Buchstabe c und Absatz 7).

(2) Als arbeitsunfähig im Sinne der §§ [16](#) bis 16f ist auch der Berechtigte anzusehen, der

- a) wegen der Durchführung einer stationären Behandlungsmaßnahme der Heil- oder Krankenbehandlung, einer Badekur oder
- b) ohne arbeitsunfähig zu sein, wegen einer anderen Behandlungsmaßnahme der Heil- oder Krankenbehandlung,

ausgenommen die Anpassung und die Instandsetzung von Hilfsmitteln

keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben kann.

(3) Anspruch auf Versorgungskrankengeld besteht auch dann, wenn Heil- oder Krankenbehandlung vor Anerkennung des Versorgungsanspruchs nach § 10 Abs. 8 gewährt oder eine Badekur durchgeführt wird. Einem versorgungsberechtigten Kind steht im Falle einer schädigungsbedingten Erkrankung und dadurch erforderlichen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege für den betreuenden Elternteil ein Anspruch auf Versorgungskrankengeld in entsprechender Anwendung des § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu.

(4) Der Anspruch auf Versorgungskrankengeld ruht, solange der Berechtigte Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Mutterschaftsgeld oder Kurzarbeitergeld bezieht. Das gilt nicht für die Dauer einer stationären Behandlungsmaßnahme der Heil- oder Krankenbehandlung oder einer Badekur. Es besteht kein Anspruch auf Versorgungskrankengeld, wenn unmittelbar vor der Arbeitsunfähigkeit Arbeitslosengeld II bezogen wurde.

(5) Der Anspruch auf Versorgungskrankengeld ruht während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Versorgungskrankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das durch Erwerbstätigkeit während der Elternzeit erzielt wurde.

§ 16h (Übergang)

Erfüllt ein Arbeitgeber während der Arbeitsunfähigkeit des Berechtigten den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht, so geht der Anspruch des Berechtigten gegen den Arbeitgeber bis zur Höhe des gezahlten Versorgungskrankengeldes auf den Kostenträger der Kriegsopferversorgung über. In dem Umfang, in dem der Arbeitgeber Erstattung nach § 16g Abs. 1 verlangen kann, ist dieser Anspruch nicht geltend zu machen.

Reha-RL (Auszug)

§ 6 Verfahren

§ 6 Verfahren

(1) ¹Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und die Versicherte oder der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet diese oder dieser mit Zustimmung der oder des Versicherten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter Verwendung des Verordnungsformulars Muster 61 Teile B bis D. ²Dabei ist die medizinische Indikation anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen. ³Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung oder die Koordination der Versorgung in einer anderen Einrichtung wünscht, gibt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies in der Verordnung an. ⁴Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies in der Verordnung anzugeben.

(1a) ¹Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch einer Vertragspsychotherapeutin oder eines Vertragspsychotherapeuten, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und die Versicherte oder der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet diese oder dieser mit Zustimmung der oder des Versicherten die entsprechenden Leistungen unter Verwendung des Verordnungsformulars Muster 61 Teile B bis D unter Berücksichtigung des § 2 Absatz 6 Satz 3. ²Die Indikation ist anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen. ³Dabei sind vertragsärztliche Angaben insbesondere zur Feststellung, dass Leistungen der kurativen Versorgung nicht allein ausreichend sind, zu weiteren rehabilitationsrelevanten Diagnosen, gegebenenfalls Risikofaktoren, den bisherigen ärztlichen Interventionen und anderen ärztlich veranlassten Leistungen einschließlich Arzneimitteltherapie heranzuziehen. ⁴Auf Fremdbefunden beruhende Angaben sind im Verordnungsformular Muster 61

transparent zu machen. ⁵ Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung oder die Koordination der Versorgung in einer anderen Einrichtung wünscht, gibt die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut dies in der Verordnung an. ⁶ Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies in der Verordnung anzugeben.

(2) ¹ Sofern die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers durch die Vertragspsychotherapeutin oder den Vertragspsychotherapeuten nicht abschließend beurteilt werden kann oder eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse gewünscht wird, ist dies mit dem Verordnungsformular Muster 61 Teil A mitzuteilen. ² Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin, den Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder den Vertragspsychotherapeuten durch Rücksendung des mit einem entsprechenden Vermerk versehenen Verordnungsformulars Muster 61 Teil A.

(3) Die Krankenkasse prüft nach Eingang des Verordnungsformulars Muster 61 (Teile A bis D oder Teile B bis D) abschließend ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.

(4) ¹ Im Rahmen der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation informiert die Verordnerin oder der Verordner die oder den Versicherten über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme nach § 40 Absatz [3](#) Satz 5 SGB V an die Verordnerin oder den Verordner. ² Die Information bezieht sich auch auf die Möglichkeit der Einwilligung der oder des Versicherten zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an ihre oder seine Angehörigen oder Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen. ³ Der Inhalt der abgegebenen Einwilligung wird über das Muster 61 an die Krankenkasse übermittelt.

SGB I (Auszug)

§ 14 Beratung

§ 15 Auskunft

§ 16 Antragstellung

§ 33 Ausgestaltung von Rechten und Pflichten

§ 60 Angabe von Tatsachen

§ 62 Untersuchungen

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

§ 14 Beratung

¹Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. ²Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

§ 15 Auskunft

(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen.

(2) Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftsuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist.

(3) Die Auskunftsstellen sind verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen.

(4) Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sollen über Möglichkeiten zum Aufbau einer staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge produkt- und anbieterneutral Auskünfte erteilen.

§ 16 Antragstellung

(1) ¹Anträge auf Sozialleistungen sind beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. ²Sie werden auch von allen anderen Leistungsträgern, von allen Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen.

(2) ¹Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer für die Sozialleistung nicht zuständigen Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. ²Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei einer der in Satz 1 genannten Stellen eingegangen ist.

(3) Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden.

§ 33 Ausgestaltung von Rechten und Pflichten

¹Ist der Inhalt von Rechten und Pflichten nach Art oder Umfang nicht im einzelnen bestimmt, sind bei ihrer Ausgestaltung die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. ²Dabei soll den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) ¹Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

²Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

(1) ¹Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ [60](#) bis [62](#), 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. ²Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ [62](#) bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § [66](#) versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

SGB X (Auszug)

§ 20 Untersuchungsgrundsatz

§ 25 Akteneinsicht durch Beteiligte

§ 31 Begriff des Verwaltungsaktes

§ 63 Erstattung von Kosten im Vorverfahren

§ 20 Untersuchungsgrundsatz

(1) ¹Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. ²Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen; an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten ist sie nicht gebunden.

(2) Die Behörde hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen.

(3) Die Behörde darf die Entgegennahme von Erklärungen oder Anträgen, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, nicht deshalb verweigern, weil sie die Erklärung oder den Antrag in der Sache für unzulässig oder unbegründet hält.

§ 25 Akteneinsicht durch Beteiligte

(1) ¹Die Behörde hat den Beteiligten Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten zu gestatten, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist. ²Satz 1 gilt bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens nicht für Entwürfe zu Entscheidungen sowie die Arbeiten zu ihrer unmittelbaren Vorbereitung.

(2) ¹Soweit die Akten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse eines Beteiligten enthalten, kann die Behörde statt dessen den Inhalt der Akten dem Beteiligten durch einen Arzt vermitteln lassen. ²Sie soll den Inhalt der Akten durch einen Arzt vermitteln lassen, soweit zu befürchten ist, dass die Akteneinsicht dem Beteiligten einen unverhältnismäßigen Nachteil, insbesondere an der Gesundheit, zufügen würde. ³Soweit die Akten Angaben enthalten, die die Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit des Beteiligten beeinträchtigen können, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe entsprechend, dass der Inhalt der Akten auch durch einen Bediensteten der Behörde vermittelt werden kann, der durch Vorbildung sowie Lebens- und Berufserfahrung dazu geeignet und befähigt ist. ⁴Das Recht nach Absatz 1 wird nicht beschränkt.

(3) Die Behörde ist zur Gestattung der Akteneinsicht nicht verpflichtet, soweit die Vorgänge wegen der berechtigten Interessen der Beteiligten oder dritter Personen geheim gehalten werden müssen.

(4) ¹Die Akteneinsicht erfolgt bei der Behörde, die die Akten führt. ²Im Einzelfall kann die Einsicht auch bei einer anderen Behörde oder bei einer diplomatischen oder berufskonsularischen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland erfolgen; weitere Ausnahmen kann die Behörde, die die Akten führt, gestatten.

(5) ¹Soweit die Akteneinsicht zu gestatten ist, können die Beteiligten Auszüge oder Abschriften selbst fertigen oder sich Ablichtungen durch die

Behörde erteilen lassen. ²Soweit die Akteneinsicht in eine elektronische Akte zu gestatten ist, kann die Behörde Akteneinsicht gewähren, indem sie Unterlagen ganz oder teilweise ausdruckt, elektronische Dokumente auf einem Bildschirm wiedergibt, elektronische Dokumente zur Verfügung stellt oder den elektronischen Zugriff auf den Inhalt der Akte gestattet. ³Die Behörde kann Ersatz ihrer Aufwendungen in angemessenem Umfang verlangen.

§ 31 Begriff des Verwaltungsaktes

¹ Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist. ² Allgemeinverfügung ist ein Verwaltungsakt, der sich an einen nach allgemeinen Merkmalen bestimmten oder bestimmbaren Personenkreis richtet oder die öffentlich-rechtliche Eigenschaft einer Sache oder ihre Benutzung durch die Allgemeinheit betrifft.

§ 63 Erstattung von Kosten im Vorverfahren

(1) ¹Soweit der Widerspruch erfolgreich ist, hat der Rechtsträger, dessen Behörde den angefochtenen Verwaltungsakt erlassen hat, demjenigen, der Widerspruch erhoben hat, die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung notwendigen Aufwendungen zu erstatten. ²Dies gilt auch, wenn der Widerspruch nur deshalb keinen Erfolg hat, weil die Verletzung einer Verfahrens- oder Formvorschrift nach § 41 unbeachtlich ist. ³Aufwendungen, die durch das Verschulden eines Erstattungsberechtigten entstanden sind, hat dieser selbst zu tragen; das Verschulden eines Vertreters ist dem Vertretenen zuzurechnen.

(2) Die Gebühren und Auslagen eines Rechtsanwalts oder eines sonstigen Bevollmächtigten im Vorverfahren sind erstattungsfähig, wenn die Zuziehung eines Bevollmächtigten notwendig war.

(3) ¹Die Behörde, die die Kostenentscheidung getroffen hat, setzt auf Antrag den Betrag der zu erstattenden Aufwendungen fest; hat ein Ausschuss oder Beirat die Kostenentscheidung getroffen, obliegt die Kostenfestsetzung der Behörde, bei der der Ausschuss oder Beirat gebildet ist. ²Die Kostenentscheidung bestimmt auch, ob die Zuziehung eines Rechtsanwalts oder eines sonstigen Bevollmächtigten notwendig war.

SGB III (Auszug)

§ 19 Menschen mit Behinderungen

§ 117 Grundsatz

§ 118 Leistungen

§ 119 Übergangsgeld

§ 19 Menschen mit Behinderungen

(1) Menschen mit Behinderungen im Sinne dieses Buches sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 des Neunten Buches nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich Menschen mit Lernbehinderungen.

(2) Menschen mit Behinderungen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den in Absatz 1 genannten Folgen droht.

§ 117 Grundsatz

(1) ¹Die besonderen Leistungen sind anstelle der allgemeinen Leistungen insbesondere zur Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung, einschließlich Berufsvorbereitung, sowie der wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung zu erbringen, wenn

1. Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben die Teilnahme an
 - a) einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für Menschen mit Behinderungen oder
 - b) einer sonstigen, auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen ausgerichteten Maßnahme unerlässlich machen oder
2. die allgemeinen Leistungen die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Leistungen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorsehen.

²In besonderen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen können auch Aus- und Weiterbildungen außerhalb des Berufsbildungsgesetzes und der Handwerksordnung gefördert werden.

(2) Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich werden von anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder anderen Leistungsanbietern nach den §§ 57, [60](#), 61a und 62 des Neunten Buches erbracht.

§ 118 Leistungen

Die besonderen Leistungen umfassen

1. das Übergangsgeld,
2. das Ausbildungsgeld, wenn ein Übergangsgeld nicht gezahlt werden kann,
3. die Übernahme der Teilnahmekosten für eine Maßnahme.

§ 119 Übergangsgeld

¹Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf Übergangsgeld, wenn

1. die Voraussetzung der Vorbeschäftigungszeit für das Übergangsgeld erfüllt ist und
2. sie an einer Maßnahme der Berufsausbildung, der Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung, der individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung nach § [55](#) des Neunten Buches, einer Maßnahme im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § [60](#) des Neunten Buches oder an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung teilnehmen, für die die besonderen Leistungen erbracht werden.

²Im Übrigen gelten die Vorschriften des Kapitels 11 des Teils 1 des Neunten Buches, soweit in diesem Buch nichts Abweichendes bestimmt ist. ³Besteht bei Teilnahme an einer Maßnahme, für die die allgemeinen Leistungen erbracht werden, kein Anspruch auf Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, erhalten die Menschen mit Behinderungen Übergangsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes, wenn sie bei Teilnahme an einer Maßnahme, für die die besonderen Leistungen erbracht werden, Übergangsgeld erhalten würden.

SGB IV (Auszug)

§ 18 Bezugsgröße

§ 19 Leistungen auf Antrag oder von Amts wegen

§ 18 Bezugsgröße

Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

Auszug aus: SGB IV
§ 19 Leistungen auf Antrag oder von Amts wegen
Diese Fassung gilt ab dem 01.01.1998

§ 19 Leistungen auf Antrag oder von Amts wegen

¹Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, nach dem Recht der Arbeitsförderung sowie in der sozialen Pflegeversicherung werden auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt. ²Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung werden von Amts wegen erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die gesetzliche Unfallversicherung nichts Abweichendes ergibt.

SGB V (Auszug)

§ 2 Leistungen

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

§ 13 Kostenerstattung

§ 16 Ruhen des Anspruchs

§ 18 Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

§ 24 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

§ 27 Krankenbehandlung

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

§ 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

§ 32 Heilmittel

§ 33 Hilfsmittel

§ 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

§ 36 Festbeträge für Hilfsmittel

§ 38 Haushaltshilfe

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

§ 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

§ 53 Wahltarife

§ 61 Zuzahlungen

§ 62 Belastungsgrenze

§ 63 Grundsätze

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

§ 74 Stufenweise Wiedereingliederung

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder
Rehabilitationseinrichtungen

§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder
Rehabilitationseinrichtungen

§ 275 Begutachtung und Beratung

§ 111a Versorgungsverträge mit Einrichtungen des
Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen

§ 140e Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten

§ 2 Leistungen

(1) ¹Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ [12](#)) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. ²Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. ³Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(1a) ¹Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. ²Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. ³Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.

(2) ¹Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. ²Die Leistungen werden auf Antrag durch ein Persönliches Budget erbracht; § 29 des Neunten Buches gilt entsprechend. ³Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3) ¹Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. ²Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) ¹Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. ²Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, den Geschäftsführer auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Vorstand das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

§ 13 Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) ¹Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. ²Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. ³Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. ⁴Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. ⁵Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. ⁶Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. ⁷Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. ⁸Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. ⁹Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. ¹⁰Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. ¹¹Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 6 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 5 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. ¹²Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) ¹Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. ²Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet. ³Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen, die durch einen Psychotherapeuten erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern dieser die Voraussetzungen des § 95c erfüllt.

(3a) ¹Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. ²Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. ³Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. ⁴Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. ⁵Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. ⁶Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. ⁷Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. ⁸Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. ⁹Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) ¹ Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. ² Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. ³ Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. ⁴ Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. ⁵ Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. ⁶ Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) ¹ Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. ² Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. [1](#) Satz 2 und Abs. [2](#) gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

§ 16 Ruhen des Anspruchs

(1) ¹Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte

1. sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,
2. Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht oder Dienstleistungen und Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten,
- 2a. in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes stehen,
3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten,
4. sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126a der Strafprozeßordnung einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird, soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten.

²Satz 1 gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

(2) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit Versicherte gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung im Ausland erhalten.

(3) ¹Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seearbeitsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. ²Er ruht insbesondere, solange sich das Besatzungsmitglied an Bord des Schiffes oder

auf der Reise befindet, es sei denn, das Besatzungsmitglied hat nach § 100 Absatz 1 des Seearbeitsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat das Besatzungsmitglied nach § 100 Absatz 2 des Seearbeitsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(3a) ¹Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. ²Satz 1 gilt nicht für den Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und [26](#) und für den Anspruch auf Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. ³Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. ⁴Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. ⁵Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.

(3b) Sind Versicherte mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat die Krankenkasse sie schriftlich darauf hinzuweisen, dass sie im Fall der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen können.

(4) Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs aufhalten.

Auszug aus: SGB V

§ 18 Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum
Diese Fassung gilt ab dem 01.01.2004

§ 18 Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

(1) ¹Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. ²Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 kann die Krankenkasse auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.

(3) ¹Ist während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich wäre, hat die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung insoweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthalts festgestellt hat. ²Die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. ³Eine Kostenübernahme ist nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben. ⁴Die Sätze 1 und 3 gelten entsprechend für Auslandsaufenthalte, die aus schulischen oder Studiengründen erforderlich sind; die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe übernommen werden, in der sie im Inland entstanden wären.

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) ¹Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. ²Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen. ³Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. ²Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. ³Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. ⁴Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) ¹Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren.

²Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind.

³Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19. 05. 2015 B3) festgelegt sind. ⁴Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7

genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26. 03. 2013 B3) festgelegt sind. ⁵Der Spitzenverband Bund der

Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

(5) ¹Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. ²Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz [1](#) Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. ³Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten verarbeiten. ⁴Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. ⁵Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz [2](#) Satz 2 entsprechend.

(6) ¹Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen. ²Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. ³Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz [1](#) und in Einrichtungen nach

§ 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf. ⁴Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. ⁵Die Ausgaben nach den Sätzen 1 bis 3 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz [1](#) des Vierten Buches anzupassen. ⁶Unbeschadet der Verpflichtung nach Absatz 1 müssen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c im Jahr 2020 nicht den in den Sätzen 1 bis 3 genannten Beträgen entsprechen. ⁷Im Jahr 2019 nicht ausgegebene Mittel für Leistungen nach § 20a hat die Krankenkasse nicht im Jahr 2020 für zusätzliche Leistungen nach § 20a zur Verfügung zu stellen.

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) ¹Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten. ²Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuß von bis zu 16 Euro täglich vorsehen. ³Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 25 Euro erhöht werden.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 sind die §§ [31](#) bis [34](#) anzuwenden.

(4) ¹Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § [111](#) besteht; für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein

Vertrag nach § [111a](#) besteht. ²Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.

(5) ¹Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter entsprechender Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § [8](#) des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches. ²Leistungen nach Absatz 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. ³Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. ⁴Leistungen nach Absatz 2 können nicht vor Ablauf von drei, Leistungen nach Absatz 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

(5a) Gilt nach § 42b Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach Absatz 4 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.

(6) ¹Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § [61](#) Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. ²Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.

§ 24 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) ¹Versicherte haben unter den in § 23 Abs. [1](#) genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. ²Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. ³Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § [111a](#) besteht. ⁴§ 23 Abs. [4](#) Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. [4](#) Satz 2 gilt entsprechend.

(2) § 23 Absatz [5](#) und [5a](#) gilt entsprechend.

(3) ¹Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § [61](#) Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. ²Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) ¹Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. ²Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. ³Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. ⁴Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. ⁵Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. ⁶Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

(2) ¹§ 25 Absatz 3 gilt entsprechend. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen nach Absatz 1 sowie über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 25 Absatz 3. ³Ferner bestimmt er die Altersgrenzen und die Häufigkeit dieser Untersuchungen. ⁴In der ärztlichen Dokumentation über die Untersuchungen soll auf den Impfstatus in Bezug auf Masern und auf eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden, um einen Nachweis im Sinne von § 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und § 34 Absatz 10a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu ermöglichen. ⁵Der Gemeinsame

Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § [92](#) das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3. ⁶Er regelt insbesondere das Nähere zur Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies.

(3) ¹Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. ²Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.

§ 27 Krankenbehandlung

(1) ¹Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. ²Die Krankenbehandlung umfaßt

1. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen,
4. häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

³Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten. ⁴Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. ⁵Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war. ⁶Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der

erforderlichen Dokumentation sowie Laboruntersuchungen und einer ordnungsgemäßen Aufbewahrung der sichergestellten Befunde, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können.

(1a) ¹Spender von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender) haben bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. ²Dazu gehören die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a und erforderlicher Fahrkosten; dies gilt auch für Leistungen, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel dieses Gesetzes, auf die ein Anspruch besteht, hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. ³Zuzahlungen sind von den Spendern nicht zu leisten. ⁴Zuständig für Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 ist die Krankenkasse der Empfänger von Organen, Geweben oder Blutstammzellen sowie anderen Blutbestandteilen (Empfänger). ⁵Im Zusammenhang mit der Spende von Knochenmark nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes, von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 9 des Transfusionsgesetzes können die Erstattung der erforderlichen Fahrkosten des Spenders und die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden. ⁶Das Nähere kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen vereinbaren. ⁷Für die Behandlung von Folgeerkrankungen der Spender ist die Krankenkasse der Spender zuständig, sofern der Leistungsanspruch nicht nach § 11 Absatz 5 ausgeschlossen ist. ⁸Ansprüche nach diesem Absatz haben auch nicht

gesetzlich krankenversicherte Personen. ⁹Die Krankenkasse der Spender ist befugt, die für die Leistungserbringung nach den Sätzen 1 und 2 erforderlichen personenbezogenen Daten an die Krankenkasse oder das private Krankenversicherungsunternehmen der Empfänger zu übermitteln; dies gilt auch für personenbezogene Daten von nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Krankenversicherungspflichtigen. ¹⁰Die nach Satz 9 übermittelten Daten dürfen nur für die Erbringung von Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 verarbeitet werden. ¹¹Die Datenverarbeitung nach den Sätzen 9 und 10 darf nur mit schriftlicher Einwilligung der Spender, der eine umfassende Information vorausgegangen ist, erfolgen.

(2) Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, Ausländer, denen eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 bis 5 des Aufenthaltsgesetzes erteilt wurde, sowie

1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
2. Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes, ihre Ehegatten, Lebenspartner und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) ¹Die ärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. ²Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. ³Die Partner der Bundesmantelverträge legen für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. ⁴Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) ¹Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. ²Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. ³In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. ⁴In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. ⁵Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. ⁶Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. ⁷Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. ⁸Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt

werden. ⁹Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. [1](#) festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. ¹⁰Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) ¹Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den §§ 26 und 27 des Psychotherapeutengesetzes und durch Psychotherapeuten nach § 1 Absatz 1 Satz 1 des Psychotherapeutengesetzes (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § [92](#) durchgeführt. ²Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. ³Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Abs. [6a](#) hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.

§ 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die § 35 und die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten entsprechend. ³Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. ⁴Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. ⁵Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen. ⁶Vertragsärzte und Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einer bestimmten Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer einzulösen, noch unmittelbar oder mittelbar Verordnungen bestimmten Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern zuweisen. ⁷Die Sätze 5 und 6 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

(1a) ¹Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen

aufzusaugen oder beides zu erfüllen. ²Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen entfaltet, die ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper der Wundheilung dienen, beispielsweise, indem er eine Wunde feucht hält, reinigt, geruchsbindend, antimikrobiell oder metallbeschichtet ist. ³Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. ⁴Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. August 2020 in den Richtlinien nach § 92 Absatz [1](#) Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. ⁵Bis 48 Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 erbracht wurden. ⁶Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. ⁷§ 34 Absatz [6](#) gilt entsprechend. ⁸Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. ⁹Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

(1b) ¹Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, können Vertragsärzte Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal sich wiederholende Abgabe erlaubt ist. ²Die Verordnungen sind besonders zu kennzeichnen. ³Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durch Apotheken beliefert werden.

(2) ¹Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. ²Hat die Krankenkasse mit einem

pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge nach den §§ 130 und 130a Absatz 1, 1b, 3a und 3b. ³Diese Vereinbarung ist nur zulässig, wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrages ausgeglichen werden. ⁴Die Krankenkasse übermittelt die erforderlichen Angaben einschließlich des Arzneimittel- und des Institutionskennzeichens der Krankenkasse an die Vertragspartner nach § 129 Abs. 2; das Nähere ist in den Verträgen nach § 129 Abs. 2 und 5 zu vereinbaren. ⁵Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzuzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.

(3) ¹Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § [61](#) Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. ²Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. ³Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. ⁴Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Arzneimittel, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 20 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. ⁵Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. ⁶Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend. ⁷Muss für ein Arzneimittel auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, so ist die erneute Verordnung zuzahlungsfrei. ⁸Eine bereits geleistete Zuzahlung für die erneute Verordnung ist dem Versicherten auf Antrag von der Krankenkasse zu erstatten.

(4) ¹Das Nähere zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen

bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. ²Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

(5) ¹Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach Maßgabe der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in der jeweils geltenden und gemäß § 94 Absatz 2 im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Entwicklung der Leistungen, auf die Versicherte nach Satz 1 Anspruch haben, zu evaluieren und über das Ergebnis der Evaluation dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Regelungen in der Verfahrensordnung nach Satz 5, zu berichten. ³Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss in dem Bericht nach Satz 2 fest, dass zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung Anpassungen der Leistungen, auf die Versicherte nach Satz 1 Anspruch haben, erforderlich sind, regelt er diese Anpassungen spätestens zwei Jahre nach Übersendung des Berichts in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. ⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei der Evaluation nach Satz 2 und bei der Regelung nach Satz 3 Angaben von Herstellern von Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung zur medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit ihrer Produkte sowie Angaben zur Versorgung mit Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. ⁵Das Nähere zum Verfahren der Evaluation nach Satz 2 und der Regelung nach Satz 3 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. ⁶Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. ⁷Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung entsprechend. ⁸Bei Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu

berücksichtigen.

(6) ¹Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
 - a) nicht zur Verfügung steht oder
 - b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

²Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist.

³Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b oder im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung mit einer Leistung nach Satz 1 im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 2 abweichend von § 13 Absatz [3a](#) Satz 1 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. ⁴Leistungen, die auf der Grundlage einer Verordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes zu erbringen sind, bei denen allein die Dosierung eines Arzneimittels nach Satz 1 angepasst wird oder die einen Wechsel zu anderen getrockneten Blüten oder zu anderen Extrakten in standardisierter Qualität anordnen, bedürfen keiner erneuten Genehmigung nach Satz 2. ⁵Das Bundesinstitut für Arzneimittel und

Medizinprodukte wird mit einer bis zum 31. März 2022 laufenden nichtinterventionellen Begleiterhebung zum Einsatz der Leistungen nach Satz 1 beauftragt. ⁶Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt, die oder der die Leistung nach Satz 1 verordnet, übermittelt die für die Begleiterhebung erforderlichen Daten dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in anonymisierter Form; über diese Übermittlung ist die oder der Versicherte vor Verordnung der Leistung von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu informieren. ⁷Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf die nach Satz 6 übermittelten Daten nur in anonymisierter Form und nur zum Zweck der wissenschaftlichen Begleiterhebung verarbeiten. ⁸Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, den Umfang der zu übermittelnden Daten, das Verfahren zur Durchführung der Begleiterhebung einschließlich der anonymisierten Datenübermittlung sowie das Format des Studienberichts nach Satz 9 zu regeln. ⁹Auf der Grundlage der Ergebnisse der Begleiterhebung nach Satz 5 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach der Übermittlung der Ergebnisse der Begleiterhebung in Form eines Studienberichts das Nähere zur Leistungsgewährung in den Richtlinien nach § 92 Absatz [1](#) Satz 2 Nummer 6. ¹⁰Der Studienbericht wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite veröffentlicht. ¹¹Abweichend von § 13 Absatz [3a](#) Satz 1 ist über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. ¹²Sofern eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, ist abweichend von § 13 Absatz [3a](#) Satz 1 über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang zu entscheiden; der Medizinische Dienst nimmt, sofern eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von zwei Wochen Stellung.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum 1. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 92 Absatz [1](#) Nummer 6 das Nähere zu einzelnen Facharztgruppen und den erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt nach Absatz 6 Satz 2 entfällt.

§ 32 Heilmittel

(1) ¹Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § [34](#) ausgeschlossen sind. ²Ein Anspruch besteht auch auf Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden. ³Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § [92](#) unberührt.

(1a) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz [1](#) Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. ²Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. ³Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. ⁴Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

(1b) Verordnungen, die über die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz [1](#) Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit Absatz [6](#) Satz 1 Nummer 3 geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) ¹Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § [61](#) Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. ²Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Absatz [1](#) Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. ³Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die nach § 125 vereinbart oder nach § 125b Absatz 2 festgesetzt worden sind.

§ 33 Hilfsmittel

(1) ¹Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. ²Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. ³Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. ⁴Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. ⁵Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. ⁶Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen eine Infektionsgefahr besteht oder angenommen werden kann. ⁷Zu diesen Tätigkeiten gehören insbesondere Blutentnahmen und Injektionen. ⁸Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner

Richtlinie nach § 92 Absatz [1](#) Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Januar 2020 die Tätigkeiten, bei denen eine erhöhte Infektionsgefährdung angenommen werden kann. ⁹Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. ¹⁰§ 18b Absatz 3 des Elften Buches ist zu beachten.

(2) ¹Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. ²Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie

1. nach ICD 10-GM 2017 auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder
2. einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus

aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.

³Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § [92](#), bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. ⁴Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.

(3) ¹Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 2 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § [92](#), bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. ³Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuß zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille

aufzuwenden hätte. ⁴Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

(4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 2 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

(5) ¹Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. ²Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

(5a) ¹Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. ²Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. ³§ 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 des Elften Buches sind zu beachten.

(5b) ¹Sofern die Krankenkassen nicht auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten, haben sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenem Personal zu prüfen. ²Sie können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst vor Bewilligung eines Hilfsmittels nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. ³Eine Beauftragung Dritter ist nicht zulässig.

(6) ¹Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. ²Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten

Leistungserbringer einzulösen. ³Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(8) ¹Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § [61](#) Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. ²Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43c Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. ³Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

(9) Absatz 1 Satz 9 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen.

§ 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

(1) ¹Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § [31](#) ausgeschlossen. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. [1](#) Satz 2 Nr. 6 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. ³Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. ⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf der Grundlage der Richtlinie nach Satz 2 dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Fertigarzneimittel erstellt, regelmäßig aktualisiert wird und im Internet abruffähig sowie in elektronisch weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung steht. ⁵Satz 1 gilt nicht für:

1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

⁶Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § [31](#) folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

⁷Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

⁸Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. ⁹Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. [1](#) Satz 2 Nr. 6.

(2) ¹Abweichend von Absatz 1 haben Versicherte, bei denen eine bestehende schwere Tabakabhängigkeit festgestellt wurde, Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung. ²Eine erneute Versorgung nach Satz 1 ist frühestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung nach Satz 1 möglich. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Absatz [1](#) Satz 2 Nummer 6 fest, welche Arzneimittel und unter welchen Voraussetzungen Arzneimittel zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung verordnet werden können.

(3) ¹Der Ausschluss der Arzneimittel, die in Anlage 2 Nummer 2 bis 6 der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301), die zuletzt durch die Verordnung vom 9. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4554) geändert worden ist, aufgeführt sind, gilt als Verordnungsausschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses und ist Teil der Richtlinien nach § 92 Absatz [1](#) Satz 2 Nummer 6. ²Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.

(4) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. ²Die Rechtsverordnung

kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

³Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. ⁴Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § [92](#) unberührt.

(5) (weggefallen)

(6) ¹Pharmazeutische Unternehmer können beim Gemeinsamen Bundesausschuss Anträge zur Aufnahme von Arzneimitteln in die Zusammenstellung nach Absatz 1 Satz 2 und 4 stellen. ²Die Anträge sind ausreichend zu begründen; die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag beizufügen. ³Sind die Angaben zur Begründung des Antrags unzureichend, teilt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Antragsteller unverzüglich mit, welche zusätzlichen Einzelangaben erforderlich sind. ⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über ausreichend begründete Anträge nach Satz 1 innerhalb von 90 Tagen zu bescheiden und den Antragsteller über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen zu belehren. ⁵Eine ablehnende Entscheidung muss eine auf objektiven und überprüfbaren Kriterien beruhende Begründung enthalten. ⁶Für das Antragsverfahren sind Gebühren zu erheben. ⁷Das Nähere insbesondere zur ausreichenden Begründung und zu den erforderlichen Nachweisen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss.

§ 36 Festbeträge für Hilfsmittel

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. ²Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. ³Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. ²Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. ³Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere auch zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel, zu erteilen.

(3) § 35 Abs. 5 und 7 gilt entsprechend.

§ 38 Haushaltshilfe

(1) ¹Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. [2](#) oder [4](#), §§ [24](#), [37](#), [40](#) oder § [41](#) die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. ²Voraussetzung ist ferner, daß im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. ³Darüber hinaus erhalten Versicherte, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. ⁴Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen. ⁵Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus.

(2) ¹Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. ²Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 bis 4 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) ¹Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. ²Für Verwandte und

Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § [61](#) Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) ¹Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. ²Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) ¹Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § [111](#) besteht. ²Für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. ³Die Krankenkasse kann für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § [111a](#) besteht. ⁴Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Hälfte zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § [8](#) des Neunten Buches von der Krankenkasse zu übernehmen sind. ⁵Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. ⁶§ 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind. ⁷Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und

kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. ⁸Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. ⁹Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt.

(3) ¹Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches. ²Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. ³Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. ⁴Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. ⁵Die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist den Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch den verordnenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen. ⁶Die Krankenkasse teilt den Versicherten und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Ergebnis ihrer Entscheidung in schriftlicher oder elektronischer Form mit und begründet die Abweichungen von der Verordnung. ⁷Mit Einwilligung der Versicherten in Textform übermittelt die Krankenkasse ihre

Entscheidung schriftlich oder elektronisch den Angehörigen und Vertrauenspersonen der Versicherten sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen. ⁸ Vor der Verordnung informieren die Ärztinnen und Ärzte die Versicherten über die Möglichkeit, eine Einwilligung nach Satz 5 zu erteilen, fragen die Versicherten, ob sie in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die Krankenkasse an die in Satz 7 genannten Personen oder Einrichtungen einwilligen und teilen der Krankenkasse anschließend den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung mit. ⁹ Die Aufgaben der Krankenkasse als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch bleiben von den Sätzen 1 bis 4 unberührt. ¹⁰ Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § [92](#) bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. ¹¹ Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, mit Ausnahme von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation, die als ambulante Leistungen nach Absatz 1 in der Regel für 20 Behandlungstage oder als stationäre Leistungen nach Absatz 2 in der Regel für drei Wochen erbracht werden sollen. ¹² Eine Verlängerung der Leistungen nach Satz 11 ist möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. ¹³ Satz 11 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. ¹⁴ Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. ¹⁵ § 23 Abs. [7](#) gilt entsprechend. ¹⁶ Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe

von 3072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. ¹⁷Satz 16 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat.

¹⁸Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022, für das Jahr 2022 bis zum 30. September 2023 und für das Jahr 2023 bis zum 30. September 2024 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.

(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42b Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42b des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.

(4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme der §§ 14, 15a, 17 und 31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(5) ¹Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den

sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. ²Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) ¹Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlußrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluß auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. ²Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. ³Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne daß es sich um Anschlußrehabilitation handelt. ²Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Auszug aus: SGB V
§ 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter
Diese Fassung gilt ab dem 01.01.2024

§ 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) ¹Versicherte haben unter den in § 27 Abs. [1](#) genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. ²Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. ³Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § [111a](#) besteht. ⁴§ 40 Absatz [2](#) Satz 1 und 4 gilt nicht; § 40 Absatz [2](#) Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(2) § 40 Absatz [3](#), [3a](#) und [4](#) gilt entsprechend.

(3) ¹Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § [61](#) Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. ²Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

(1) Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 73 und 74 des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,

1. solche Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise erbringen oder fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören,
2. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

(2) ¹Die Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

²Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. ³Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

⁴Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere zu den

Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen.

Auszug aus: SGB V

§ 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Diese Fassung gilt ab dem 01.01.2023

§ 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

(1) ¹Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. ²Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben.

(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte mit Erreichen der Regelaltersgrenze, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

(3) ¹Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. ²Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

§ 53 Wahltarife

(1) ¹Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). ²Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) ¹Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. ²Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. ³Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) ¹Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. ²Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. ³Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. ⁴Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. ⁵Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die

jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. ⁶Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) ¹Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. ²Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. ³§ 13 Abs. [2](#) Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) ¹Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. ²Von § 47 kann abgewichen werden. ³Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. ⁴Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. ⁵Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahltarifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. ⁶In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. ⁷Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) ¹Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre;

für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. ²Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 6 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. ³Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. ⁴Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. ⁵Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. ⁶Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) ¹Die Aufwendungen für jeden Wahlтариф müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. ²Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. ³Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. ⁴Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahlтарife zugrunde liegen.

§ 61 Zuzahlungen

¹Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. ²Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. ³Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. ⁴Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. ⁵Erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, ist die Zuzahlung nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße zu leisten, die der verordneten Menge entspricht. ⁶Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung.

§ 62 Belastungsgrenze

(1) ¹Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. ²Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. ³Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. ⁴Für Versicherte nach Satz 3, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. ⁵Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. ⁶Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse kann auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. ⁷Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 hinzuweisen. ⁸Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § [92](#).

(2) ¹Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben. ²Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. ³Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. ⁴Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Entschädigungszahlungen, die Geschädigte nach dem Vierzehnten Buch oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Vierzehnten Buches erhalten, Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch sowie der Ausgleich für gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz. ⁵Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe, der Sozialen Entschädigung oder der Soldatenentschädigung getragen werden,

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches maßgeblich. ⁶Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1 des Zweiten Buches maßgeblich. ⁷Bei Ehegatten und Lebenspartnern ist ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des Satzes 1 auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen wurde, in der Leistungen gemäß § 43 oder § 43a des Elften Buches erbracht werden.

(3) ¹Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. ²Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

§ 63 Grundsätze

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(3) ¹Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten und des Zehnten Kapitels dieses Buches, soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist, und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. ²Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, daß durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. ³Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden. ⁴Satz 1 gilt mit der Maßgabe, dass von § 284 Abs. 1 Satz 4 nicht abgewichen werden darf.

(3a) ¹Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen wird, können insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen

der Datenverarbeitung, einschließlich der Erweiterungen der Befugnisse zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten sein. ²Von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches zur Verarbeitung personenbezogener Daten darf nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung des Versicherten und nur in dem Umfang abgewichen werden, der erforderlich ist, um die Ziele des Modellvorhabens zu erreichen. ³Der Versicherte ist vor Erteilung der Einwilligung schriftlich oder elektronisch darüber zu unterrichten, inwieweit das Modellvorhaben von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abweicht und aus welchen Gründen diese Abweichungen erforderlich sind. ⁴Die Einwilligung des Versicherten hat sich auf Zweck, Inhalt, Art, Umfang und Dauer der Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten sowie die daran Beteiligten zu erstrecken.

(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Pflegeberufegesetz, im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie
2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer

vornehmen, soweit diese auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt.

(3c) ¹Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen des im Pflegeberufegesetz geregelten Berufs auf Grundlage einer Ausbildung nach § 14 des Pflegeberufegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. ²Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen entsprechende Vorhaben spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2020 vereinbaren oder durchführen. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen des in Satz 1 genannten Berufs im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. ⁴Vor der Entscheidung des Gemeinsamen

Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁵Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. ⁶Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach den Sätzen 2 bis 4 festgelegte Richtlinien gelten für die Angehörigen des in Satz 1 geregelten Berufs fort.

(3d) Die Anwendung von Heilmitteln, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen auf Grund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, kann auch bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 sein.

(4) ¹Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 können nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. ²Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(5) ¹Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. ²Verträge nach § 64 Abs. 1 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. ³Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen werden kann, sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. ⁴Über Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen wird, sind der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die Landesbeauftragten für den Datenschutz, soweit diese zuständig sind, rechtzeitig vor Beginn des Modellvorhabens zu unterrichten.

(6) ¹Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. ²Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend.

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) ¹Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. ²Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. ²Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

(1a) ¹An der hausärztlichen Versorgung nehmen

1. Allgemeinärzte,
2. Kinder- und Jugendärzte,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,
4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister

eingetragen sind und

5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben,

teil (Hausärzte). ²Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. ³Der Zulassungsausschuss kann für Kinder- und Jugendärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Satz 1 abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. ⁴Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Arztgruppe der Hausärzte, der Kinder- und Jugendärzte oder der Fachinternisten eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen, fasst der Zulassungsausschuss innerhalb von sechs Monaten den Beschluss, ob eine Regelung nach Satz 3 getroffen wird. ⁵Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. ⁶Der Zulassungsausschuss kann Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.

(1b) ¹Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen; sie sind verpflichtet, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit dessen Zustimmung zum Zwecke der bei dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. ²Der Hausarzt ist mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten behandelnden Leistungserbringer zu übermitteln. ³Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen vollständig zu übermitteln.

(2) ¹Die vertragsärztliche Versorgung umfaßt die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung

nach Maßgabe des § 28 Abs. [2](#),

- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 entspricht,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten, sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- 7a. Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen,
8. Verordnung häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege,
9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ [275](#)) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen; die Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit ist auch auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelt werden,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Psychotherapie,
13. Zweitmeinung nach § 27b,
14. Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b.

²Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, 10, 11 und 14 gilt nicht für Psychotherapeuten; Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht. ³Satz 1 Nummer 5 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation. ⁴Satz 1 Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Ergotherapie, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung. ⁵Satz 1 Nummer 8 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. ⁶Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz [1](#) Satz 2 Nummer 6, 8 und 12.

(3) In den Gesamtverträgen ist zu vereinbaren, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation, soweit sie nicht zur kassenärztlichen Versorgung nach Absatz 2 gehören, Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung sind.

(4) ¹Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht. ²Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen. ³In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. ⁴Das Verzeichnis nach § 39 Abs. 3 ist zu berücksichtigen.

(5) ¹Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt und die ermächtigte Einrichtung sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. [2](#) beachten. ²Sie können auf dem Verordnungsblatt oder in dem elektronischen Verordnungsdatensatz ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben. ³Verordnet der Arzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 überschreitet, hat der Arzt den Versicherten über die sich aus seiner Verordnung ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

(6) Zur kassenärztlichen Versorgung gehören Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nicht, wenn sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung durchgeführt werden, es sei denn, die ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt erbracht.

(7) ¹Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten oder für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. ²§ 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(8) ¹Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte auch vergleichend über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen, einschließlich der jeweiligen Preise und Entgelte zu informieren sowie nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischen Nutzen zu geben. ²Die Informationen und Hinweise für die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgen insbesondere auf der Grundlage der Hinweise nach § 92 Abs. [2](#) Satz 3, der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 Satz 1 und der getroffenen Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 1. ³In den Informationen und Hinweisen sind Handelsbezeichnung, Indikationen und Preise sowie weitere für die Verordnung von Arzneimitteln bedeutsame Angaben insbesondere auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. [1](#) Satz 2 Nr. 6 in einer Weise anzugeben, die unmittelbar einen Vergleich ermöglichen; dafür können Arzneimittel ausgewählt werden, die einen maßgeblichen Anteil an der Versorgung der Versicherten im Indikationsgebiet haben. ⁴Die Kosten der Arzneimittel je Tagesdosis sind nach den Angaben der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation anzugeben. ⁵Es gilt die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation in der jeweils gültigen Fassung. ⁶Die Übersicht ist für einen Stichtag zu erstellen und in geeigneten Zeitabständen, im Regelfall jährlich, zu aktualisieren.

(9) ¹Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln, von Verbandmitteln, von digitalen Gesundheitsanwendungen und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, nur solche elektronischen Programme nutzen, die mindestens folgende Inhalte mit dem jeweils aktuellen Stand enthalten:

1. die Informationen nach Absatz 8 Satz 2 und 3,
2. die Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8,
3. die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2,
4. die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a und des elektronischen Medikationsplans nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 notwendigen Funktionen und Informationen,
5. die Informationen nach § 35a Absatz 3a Satz 1 und
6. ab dem 1. Oktober 2023 das Schulungsmaterial nach § 34 Absatz 1f Satz 2 des Arzneimittelgesetzes und die Informationen nach § 34 Absatz 1h Satz 3 des Arzneimittelgesetzes, auch in Verbindung mit § 39 Absatz 2e des Arzneimittelgesetzes oder § 39d Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes

und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. ²Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere insbesondere zu den Mindestanforderungen der Informationen nach Satz 1 Nummer 5 zu regeln. ³Es kann in der Rechtsverordnung auch das Nähere zu den weiteren Anforderungen nach Satz 1 regeln. ⁴Es kann dabei Vorgaben zur Abbildung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen zur Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arzneimitteln im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten machen. ⁵Es kann auch Vorgaben zu semantischen und technischen Voraussetzungen zur Interoperabilität machen. ⁶Weitere Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren. ⁷Die Vereinbarungen in den Verträgen nach

§ 82 Absatz 1 sind innerhalb von drei Monaten nach dem erstmaligen Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach den Sätzen 2 bis 4 sowie nach dem jeweiligen Inkrafttreten einer Änderung der Rechtsverordnung anzupassen.
₈Sie sind davon unabhängig in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. ₉Auf die Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a findet Satz 1 vor dem 1. Januar 2023 keine Anwendung.

(10) ₧Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2017 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 sowie die sich aus den Verträgen nach § 125a ergebenden Besonderheiten enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.
₂Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren.

(11) ₧Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und die Indikation für ein Heilmittel, sind Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen. ₂In medizinisch begründeten Fällen kann der Vertragsarzt auch bei Vorliegen einer Diagnose nach § 125a selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden; in diesem Fall sind auf die Verordnung die Regelungen der Verträge nach § 125 Absatz 1 anzuwenden. ₃Die Vertragsärzte sollen zum Beginn des auf den rechtskräftigen Abschluss des Vertrages nach § 125a folgenden Quartals, frühestens jedoch nach sechs Wochen, nach den Regelungen dieses Absatzes verordnen.

§ 74 Stufenweise Wiedereingliederung

¹Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ [275](#)) einholen. ²Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen hat die ärztliche Feststellung nach Satz 1 regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § [92](#) bis zum 30. November 2019 das Verfahren zur regelmäßigen Feststellung über eine stufenweise Wiedereingliederung nach Satz 2 fest.

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) ¹Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. ³Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) ¹Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. ²Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Amtszeit vor. ³Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren. ⁴Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. ⁵Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen, sofern er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet ansieht. ⁶Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 legen innerhalb von sechs Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss über einen erfolgten Widerspruch unterrichtet hat, einen

neuen Vorschlag vor. ⁷Widerspricht der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages nach Satz 5 auch dem neuen Vorschlag innerhalb von sechs Wochen oder haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen neuen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit. ⁸Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. ⁹Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. ¹⁰Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. ¹¹Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. ¹²Der Vorsitzende nach Absatz 1 Satz 3 stellt übergreifend die Einhaltung aller dem Gemeinsamen Bundesausschuss auferlegten gesetzlichen Fristen sicher. ¹³Zur Erfüllung dieser Aufgabe nimmt er eine zeitliche Steuerungsverantwortung wahr und hat ein Antragsrecht an das Beschlussgremium nach Satz 1, er erstattet auch den nach Absatz 11 jährlich vorzulegenden Bericht. ¹⁴Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. ¹⁵Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. ¹⁶Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. ¹⁷Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen eine niedrigere Vergütung anordnen. ¹⁸Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Unparteiischen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Unparteiische von Dritten gewährt werden, sind den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 mitzuteilen und auf die Vergütung der Unparteiischen anzurechnen oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss abzuführen. ¹⁹Vereinbarungen der Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 für die Zukunftssicherung der Unparteiischen sind nur auf der Grundlage von

beitragsorientierten Zusagen zulässig. ²⁰Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. ²¹Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. ²²Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre.

(2a) ¹Bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation nach Absatz 1 Satz 1 benannt worden sind. ²Bei Beschlüssen, die allein zwei der drei Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 die Stimmen der von der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisation benannten Mitglieder anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von den betroffenen Leistungserbringerorganisationen benannt worden sind. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Geschäftsordnung erstmals bis zum 31. Januar 2012 fest, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen. ⁴Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird die Stimme des von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieds ab dem 1. Januar 2012 anteilig auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen.

(3) ¹Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder gilt § 139c entsprechend. ²Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist.

(3a) ¹Verletzen Mitglieder oder deren Stellvertreter, die von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen benannt oder berufen werden, in der ihnen insoweit übertragenen Amtsführung die ihnen einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht, gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches mit der

Maßgabe entsprechend, dass die Verantwortlichkeit den Gemeinsamen Bundesausschuss, nicht aber die in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen, trifft. ²Dies gilt auch im Falle einer Berufung der unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 2 Satz 7. ³Soweit von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen für die Vorbereitung von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses Personen für die nach seiner Geschäftsordnung bestehenden Gremien benannt werden und diese Personen zur Wahrung der Vertraulichkeit der für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtigen, ihnen zugänglichen Unterlagen und Informationen verpflichtet werden, gilt Satz 1 entsprechend. ⁴Das Gleiche gilt für nach § 140f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz benannte sachkundige Personen, denen zur Ausübung ihres Mitberatungsrechts für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtige Unterlagen und Informationen zugänglich gemacht werden, wenn sie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Wahrung der Vertraulichkeit dieser Unterlagen verpflichtet worden sind. ⁵Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Geschäftsordnung.

(4) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, einschließlich Bewertungen nach den §§ 35a und 35b, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die

Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses trifft; in der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

²Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ³Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb von drei Monaten nach Vorlage des Beschlusses und der tragenden Gründe ganz oder teilweise versagt. ⁴Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Genehmigungsprüfung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen. ⁵Wird die Genehmigung ganz oder teilweise versagt, so kann das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung der Arbeitsweise und des Bewertungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderliche Änderungen bestimmen und anordnen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. ⁶Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann das Bundesministerium für Gesundheit die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen. ⁷Die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn sich die Erforderlichkeit der Änderung einer bereits genehmigten Regelung der Verfahrensordnung oder der Geschäftsordnung erst nachträglich ergibt. ⁸Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach den Sätzen 3 bis 7 haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) ¹Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ²§ 136 Absatz 3 und § 136b Absatz 1 Satz 3 bleiben unberührt.

(5a) Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Verarbeitung personenbezogener Daten regeln oder voraussetzen, ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 136d sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) ¹Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. ²Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. ³Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen und die zur Folge haben, dass eine bisher zulasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu deren Lasten erbracht werden darf, bedürfen einer Mehrheit von neun Stimmen. ⁴Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder können dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag zur Entscheidung vorlegen. ⁵Mit der Vorbereitung eines Beschlussvorschlags oder eines Antrags eines Unparteiischen nach § 135 Absatz 1 Satz 1 oder § 137c Absatz 1 Satz 1 können die Unparteiischen oder kann der Unparteiische die Geschäftsführung beauftragen. ⁶Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. ⁷Die nichtöffentlichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(8) (weggefallen)

(9) ¹Jedem, der berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen und eine schriftliche oder elektronische Stellungnahme abgegeben hat, ist in der Regel auch

Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann.

(10) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt spätestens ab dem 1. September 2012 die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates und stellt diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. ²Bei der Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden. ³Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. Juni 2012 in seiner Verfahrensordnung.

(11) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einmal jährlich zum 31. März über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Einhaltung der Fristen nach § 135 Absatz 1 Satz 4 und 5, § 136b Absatz 3 Satz 1, § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 vorzulegen, in dem im Falle von Überschreitungen der Fristen nach § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen. ²Zudem sind in dem Bericht auch alle anderen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses darzustellen, die seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens länger als drei Jahre andauern und in denen noch keine abschließende Beschlussfassung erfolgt ist.

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. ²Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a einschließlich der systematischen Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Programme,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,

Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege sowie zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes,

7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Arbeitsunfähigkeit nach § 44a Satz 1 sowie der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des Zweiten Buches,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Krankentransporten,
13. Qualitätssicherung,
14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
15. Schutzimpfungen.

(1a) ¹Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinien auf der Grundlage auch von externem, umfassendem zahnmedizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand zu beschließen. ³Das Bundesministerium für Gesundheit kann dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeben, einen Beschluss zu einzelnen dem Bundesausschuss durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben zu fassen oder zu

überprüfen und hierzu eine angemessene Frist setzen. ⁴Bei Nichteinhaltung der Frist fasst eine aus den Mitgliedern des Bundesausschusses zu bildende Schiedsstelle innerhalb von 30 Tagen den erforderlichen Beschluss. ⁵Die Schiedsstelle besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, den zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern des Bundesausschusses und je einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmten Vertreter. ⁶Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Zahntechnikern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(1b) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 ist den in § 134a Absatz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) ¹Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 haben Arznei- und Heilmittel unter Berücksichtigung der Bewertungen nach den §§ 35a und 35b so zusammenzustellen, daß dem Arzt die wirtschaftliche und zweckmäßige Auswahl der Arzneimitteltherapie ermöglicht wird. ²Die Zusammenstellung der Arzneimittel ist nach Indikationsgebieten und Stoffgruppen zu gliedern. ³Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, sind zu den einzelnen Indikationsgebieten Hinweise aufzunehmen, aus denen sich für Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung eine Bewertung des therapeutischen Nutzens auch im Verhältnis zu den Therapiekosten und damit zur Wirtschaftlichkeit der Verordnung ergibt; § 73 Abs. [8](#) Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. ⁴Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, können ferner für die einzelnen Indikationsgebiete die Arzneimittel in folgenden Gruppen zusammengefaßt werden:

1. Mittel, die allgemein zur Behandlung geeignet sind,
2. Mittel, die nur bei einem Teil der Patienten oder in besonderen

Fällen zur Behandlung geeignet sind,

3. Mittel, bei deren Verordnung wegen bekannter Risiken oder zweifelhafter therapeutischer Zweckmäßigkeit besondere Aufmerksamkeit geboten ist.

⁵Absatz 3a gilt entsprechend. ⁶In den Therapiehinweisen nach den Sätzen 1 und 7 können Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung von Arzneimitteln festgestellt werden, insbesondere bezogen auf die Qualifikation des Arztes oder auf die zu behandelnden Patientengruppen. ⁷In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 können auch Therapiehinweise zu Arzneimitteln außerhalb von Zusammenstellungen gegeben werden; die Sätze 3 und 4 sowie Absatz 1 Satz 1 dritter Halbsatz gelten entsprechend. ⁸Die Therapiehinweise nach den Sätzen 1 und 7 können Empfehlungen zu den Anteilen einzelner Wirkstoffe an den Verordnungen im Indikationsgebiet vorsehen. ⁹Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt die Grundsätze für die Therapiehinweise nach den Sätzen 1 und 7 in seiner Verfahrensordnung. ¹⁰Verordnungseinschränkungen oder Verordnungsausschlüsse nach Absatz 1 für Arzneimittel beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss gesondert in Richtlinien außerhalb von Therapiehinweisen. ¹¹Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Verordnung eines Arzneimittels nur einschränken oder ausschließen, wenn die Wirtschaftlichkeit nicht durch einen Festbetrag nach § 35 hergestellt werden kann. ¹²Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüsse eines Arzneimittels wegen Unzweckmäßigkeit nach Absatz 1 Satz 1 dürfen den Feststellungen der Zulassungsbehörde über Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels nicht widersprechen.

(2a) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft vom pharmazeutischen Unternehmer im Benehmen mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder dem Paul-Ehrlich-Institut innerhalb einer angemessenen Frist ergänzende versorgungsrelevante Studien zur Bewertung der Zweckmäßigkeit eines Arzneimittels fordern. ²Absatz 3a gilt für die Forderung nach Satz 1 entsprechend. ³Das Nähere zu den Voraussetzungen, zu der Forderung ergänzender Studien, zu Fristen sowie zu den Anforderungen an die Studien regelt der Gemeinsame Bundesausschuss

in seiner Verfahrensordnung. ⁴Werden die Studien nach Satz 1 nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, kann der Gemeinsame Bundesausschuss das Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 von der Verordnungsfähigkeit ausschließen. ⁵Eine gesonderte Klage gegen die Forderung ergänzender Studien ist ausgeschlossen.

(3) ¹Für Klagen gegen die Zusammenstellung der Arzneimittel nach Absatz 2 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. ²Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. ³Ein Vorverfahren findet nicht statt. ⁴Eine gesonderte Klage gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen nach Absatz 2 Satz 2, die Zusammenfassung der Arzneimittel in Gruppen nach Absatz 2 Satz 4 oder gegen sonstige Bestandteile der Zusammenstellung nach Absatz 2 ist unzulässig.

(3a) ¹Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes und Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 ist den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmern, den Berufsvertretungen der Apotheker und den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztesgesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ²Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unter Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Gutachten oder Empfehlungen von Sachverständigen, die er bei Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes sowie bei Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 zu Grunde legt, bei Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu benennen und zu veröffentlichen sowie in den tragenden Gründen der Beschlüsse zu benennen.

(4) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 sind insbesondere zu regeln

1. die Anwendung wirtschaftlicher Verfahren und die Voraussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusammenzufassen sind,
2. das Nähere über die Bescheinigungen und Aufzeichnungen bei Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a.

(4a) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2021 in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung in geeigneten Fällen. ²Bei der Festlegung der Regelungen nach Satz 1 ist zu beachten, dass im Falle der erstmaligen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung diese nicht über einen Zeitraum von bis zu drei Kalendertagen hinausgehen und ihr keine Feststellung des Fortbestehens der Arbeitsunfähigkeit folgen soll. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Regelungen nach Satz 1 über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über deren Umsetzung vorzulegen. ⁴Bei der Erstellung des Berichtes ist den Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁵In Ergänzung der nach Satz 1 beschlossenen Regelungen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Januar 2024 in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei Erkrankungen, die keine schwere Symptomatik vorweisen sowie ausschließlich bezogen auf in der jeweiligen ärztlichen Praxis bekannte Patientinnen und Patienten auch nach telefonischer Anamnese.

(5) ¹Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 ist den in § 111b Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer, den Rehabilitationsträgern (§ 6

Abs. [1](#) Nr. 2 bis 7 des Neunten Buches) sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ²In den Richtlinien ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Vertragsärzte die Krankenkassen über die Behinderung von Versicherten zu unterrichten haben.

(6) ¹In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,
2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
3. die indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung,
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer,
5. auf welche Angaben bei Verordnungen nach § 73 Absatz [11](#) Satz 1 verzichtet werden kann sowie
6. die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz [11](#) Satz 1.

²Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(6a) ¹In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. ²Sofern sich nach einer

Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. ³Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. ⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. ⁵Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. ⁶Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.

(6b) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. ³In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.

(6c) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum

31. Dezember 2023 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID.

²Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu Regelungen treffen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen. ³Er kann den Anwendungsbereich seiner Richtlinie auf die Versorgung von Versicherten erstrecken, bei denen ein Verdacht auf eine andere Erkrankung besteht, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweist.

(7) ¹In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sind insbesondere zu regeln

1. die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und deren ärztliche Zielsetzung,
2. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus,
3. die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt,
4. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA),
5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung.

²Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Leistungserbringern und zu den Regelungen gemäß Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7a) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 127 Absatz 9 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer und den Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7b) ¹ Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ² Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7c) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Soziotherapie nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7d) ¹ Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und § 137e ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist auch den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller und den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ² Bei Methoden, bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden, ist auch der Strahlenschutzkommission Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ³ Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7e) ¹ Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 erhalten die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht. ² Es wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. ³ Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht

zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Länder in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. ⁵Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. ⁶Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch den zuständigen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den beiden Vertretern der Länder zu treffen. ⁷Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.

(7f) ¹Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und den Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c erhalten die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht; Absatz 7e Satz 2 bis 7 gilt entsprechend. ²Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3 ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ³Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. ⁴Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(7g) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist den in § 132l Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(8) Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil der Bundesmantelverträge.

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen

4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu

verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht; für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht.

(2) ¹Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.

²§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. ³Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. ⁴Absatz 5 Satz 6 und 7 gilt entsprechend.

(3) ¹Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar

1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. ²Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. ³Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 2025.

(4) ¹Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. ²Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluß nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. ³Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrages anzustreben.

(5) ¹Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. ²Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. ³Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. ⁴Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. ⁵Sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, haben die Vertragsparteien die Vereinbarungen für den Zeitraum, der am Tag der Feststellung durch den Deutschen Bundestag beginnt und am Tag der Aufhebung der Feststellung, spätestens jedoch mit Ablauf des 7. April 2023 endet, an diese Sondersituation anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. ⁶Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat,

nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. ⁷Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im übrigen die Absätze 1 bis 5.

(7) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen

1. das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach Absatz 1,
2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie bis zum 31. Dezember 2022 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 5 Satz 5 und
3. die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 5 Satz 4.

²Vereinbarungen nach § 137d Absatz 1 bleiben unberührt. ³Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungsverträgen nach Absatz 2 und den Vergütungsverträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen. ⁴Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. ⁵Sie setzt innerhalb von drei Monaten den Rahmenempfehlungsinhalt fest.

§ 275 Begutachtung und Beratung

(1) ¹Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ [14](#) bis 24 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,
3. bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
 - b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit,

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

²Die Regelungen des § 87 Absatz 1c zu dem im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren bleiben unberührt.

(1a) ¹Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

- a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder
- b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der

durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

²Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. ³Der Arbeitgeber kann verlangen, daß die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. ⁴Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(1b) ¹Die Krankenkassen dürfen für den Zweck der Feststellung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, im jeweils erforderlichen Umfang grundsätzlich nur die bereits nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten verarbeiten. ²Sollte die Verarbeitung bereits bei den Krankenkassen vorhandener Daten für den Zweck nach Satz 1 nicht ausreichen, dürfen die Krankenkassen abweichend von Satz 1 zu dem dort bezeichneten Zweck bei den Versicherten nur folgende versichertenbezogene Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten:

1. Angaben dazu, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt, und
2. Angaben zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen.

³Die Krankenkassen dürfen die Angaben nach Satz 2 bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erheben. ⁴Abweichend von Satz 3 ist eine telefonische Erhebung zulässig, wenn die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt haben. ⁵Die Krankenkassen haben jede telefonische Erhebung beim Versicherten zu protokollieren; die Versicherten sind hierauf sowie insbesondere auf das

Auskunftsrecht nach Artikel 15 der Verordnung (EU) 2016/679 hinzuweisen.
6Versichertenanfragen der Krankenkassen im Rahmen der Durchführung der individuellen Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 bleiben unberührt. 7Abweichend von Satz 1 dürfen die Krankenkassen zu dem in Satz 1 bezeichneten Zweck im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten. 8Den Umfang der Datenerhebung nach Satz 7 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 unter der Voraussetzung, dass diese Angaben erforderlich sind

1. zur Konkretisierung der auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführten Diagnosen,
2. zur Kenntnis von weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehen sind,
3. zur Ermittlung von Art und Umfang der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Beschäftigung oder
4. bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch zur Feststellung des zeitlichen Umfangs, für den diese Versicherten zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen.

9Die nach diesem Absatz erhobenen und verarbeiteten versichertenbezogenen Daten dürfen von den Krankenkassen nicht mit anderen Daten zu einem anderen Zweck zusammengeführt werden und sind zu löschen, sobald sie nicht mehr für die Entscheidung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, benötigt werden.

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41, mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2, unter

Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung (Anschlußheilbehandlung),

2. bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (§ [18](#)),
3. ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1),
4. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. [2](#)),
5. den Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 Satz 1.

(3) ¹Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ [33](#)); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,
2. bei Dialysebehandlung, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig und wirtschaftlich ist,
3. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen,
4. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66).

²Der Medizinische Dienst hat den Krankenkassen das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 1 Nummer 4 durch eine gutachterliche Stellungnahme mitzuteilen, die auch in den Fällen nachvollziehbar zu begründen ist, in denen gutachterlich kein Behandlungsfehler festgestellt wird, wenn dies zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.

(3a) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 der Psychiatrie-Personalverordnung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine Sozialdaten enthalten.

(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

(3c) Lehnt die Krankenkasse einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ab und liegt dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde, ist die Krankenkasse verpflichtet, in ihrem Bescheid der oder dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen sowie auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 zu wenden.

(4) ¹Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst oder andere Gutachterdienste zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse. ²Der Medizinische

Dienst führt die Aufgaben nach § 116b Absatz 2 durch, wenn der erweiterte Landesausschuss ihn hiermit nach § 116b Absatz 3 Satz 8 ganz oder teilweise beauftragt.

(4a) ¹Soweit die Erfüllung der sonstigen dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann er Beamte nach den §§ 44 bis 49 des Bundesbeamtengesetzes ärztlich untersuchen und ärztliche Gutachten fertigen. ²Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Behörde, die den Auftrag erteilt hat, zu erstatten. ³§ 280 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴Der Medizinische Dienst Bund und das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat vereinbaren unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung von Untersuchungen und zur Fertigung von Gutachten nach Satz 1 erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung. ⁵Die Medizinischen Dienste legen die Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der sonstigen Aufgaben des Medizinischen Dienstes gefährdet wäre.

(4b) ¹Soweit die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst gesetzlich obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann der Medizinische Dienst, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf Ersuchen insbesondere einer für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zuständigen Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, eines zugelassenen Krankenhauses im Sinne des § 108, eines nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers sowie eines Trägers einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches befristet, eine unterstützende Tätigkeit bei diesen Behörden, Einrichtungen oder Leistungserbringern zuweisen. ²Die hierdurch dem Medizinischen Dienst entstehenden Personal- und Sachkosten sind von der Behörde, der Einrichtung, dem Einrichtungsträger oder dem Leistungserbringer, die oder der die Unterstützung erbeten hat, zu erstatten. ³Das Nähere über den Umfang der Unterstützungsleistung sowie zu Verfahren und Höhe der Kostenerstattung vereinbaren der Medizinische Dienst und die um Unterstützung bittende Behörde oder Einrichtung oder der um Unterstützung bittende Einrichtungsträger oder Leistungserbringer. ⁴Eine Verwendung von

Umlagemitteln nach § 280 Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung der Unterstützung nach Satz 1 ist auszuschließen. ⁵Der Medizinische Dienst legt die Zuweisungsverfügung seiner Aufsichtsbehörde vor, die dieser innerhalb einer Woche nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst gesetzlich obliegenden Aufgaben beeinträchtigt wäre.

(5) ¹Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. ²Sie sind nicht berechtigt, in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

(6) Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.

Auszug aus: SGB V

§ 111a Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen
Einrichtungen

Diese Fassung gilt ab dem 20.07.2021

**§ 111a Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen
Einrichtungen**

(1) ¹Die Krankenkassen dürfen stationäre medizinische Leistungen zur
Vorsorge für Mütter und Väter (§ [24](#)) oder Rehabilitation für Mütter und
Väter (§ [41](#)) nur in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder
gleichartigen Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein
Versorgungsvertrag besteht. ²§ 111 Absatz [2](#), [4](#) Satz 1 und 2, Absatz [5](#) und [7](#)
sowie § 111b gelten entsprechend.

(2) ¹Bei Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen
Einrichtungen, die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische
Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein
Versorgungsvertrag in dem Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen
als abgeschlossen. ²Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen
nach § 111 Abs. [2](#) Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände
der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 1. Januar
2004 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.
³Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 2025.

Auszug aus: SGB V
§ 140e Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten
Diese Fassung gilt ab dem 29.06.2011

§ 140e Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten

Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Absatz [4](#) Satz 2 in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz abschließen.

SGB VI (Auszug)

§ 9 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

§ 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 28 Ergänzende Leistungen

§ 9 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

(1) ¹Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.

²Die Leistungen zur Prävention haben Vorrang vor den Leistungen zur Teilhabe. ³Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 sind zu erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

§ 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) ¹Die Träger der Rentenversicherung erbringen im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ [42](#) bis [47a](#) des Neunten Buches, ausgenommen Leistungen nach § 42 Abs. [2](#) Nr. 2 und § [46](#) des Neunten Buches. ²Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz wird nur erbracht, wenn sie unmittelbar und gezielt zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere zur Ausübung des bisherigen Berufs, erforderlich und soweit sie nicht als Leistung der Krankenversicherung oder als Hilfe nach dem Fünften Kapitel des Zwölften Buches zu erbringen ist.

(2) ¹Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ [15](#), 15a und 31 Absatz 1 Nummer 2, die nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind, werden durch Rehabilitationseinrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden und nach Absatz 4 zugelassen sind oder als zugelassen gelten (zugelassene Rehabilitationseinrichtungen). ²Die Rehabilitationseinrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. ³Leistungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. ⁴Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

(3) ¹Rehabilitationseinrichtungen haben einen Anspruch auf Zulassung, wenn sie

1. fachlich geeignet sind,
2. sich verpflichten, an den externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund oder einem anderen von der

Deutschen Rentenversicherung Bund anerkannten Verfahren teilzunehmen,

3. sich verpflichten, das Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung Bund anzuerkennen,
4. den elektronischen Datenaustausch mit den Trägern der Rentenversicherung sicherstellen und
5. die datenschutzrechtlichen Regelungen beachten und umsetzen, insbesondere den besonderen Anforderungen an den Sozialdatenschutz Rechnung tragen.

²Fachlich geeignet sind Rehabilitationseinrichtungen, die zur Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die personellen, strukturellen und qualitativen Anforderungen erfüllen. ³Dabei sollen die Empfehlungen nach § 37 Absatz 1 des Neunten Buches beachtet werden. ⁴Zur Ermittlung und Bemessung einer leistungsgerechten Vergütung der Leistungen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund ein transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem bis zum 31. Dezember 2025 zu entwickeln, wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren. ⁵Dabei hat sie tariflich vereinbarte Vergütungen sowie entsprechende Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu beachten.

(4) ¹Mit der Zulassungsentscheidung wird die Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Zulassung zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugelassen. ²Für Rehabilitationseinrichtungen, die vom Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder zukünftig vom Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden, gilt die Zulassung als erteilt.

(5) ¹Der federführende Träger der Rentenversicherung entscheidet über die Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen auf deren Antrag. ²Federführend ist der Träger der Rentenversicherung, der durch die beteiligten Träger der Rentenversicherung vereinbart wird. ³Er steuert den Prozess der Zulassung in allen Verfahrensschritten und trifft mit Wirkung für alle Träger der

Rentenversicherung Entscheidungen. ⁴Die Entscheidung zur Zulassung ist im Amtsblatt der Europäischen Union zu veröffentlichen. ⁵Die Zulassungsentscheidung bleibt wirksam, bis sie durch eine neue Zulassungsentscheidung abgelöst oder widerrufen wird. ⁶Die Zulassungsentscheidung nach Absatz 4 Satz 1 oder die fiktive Zulassung nach Absatz 4 Satz 2 kann jeweils widerrufen werden, wenn die Rehabilitationseinrichtung die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 nicht mehr erfüllt. ⁷Widerspruch und Klage gegen den Widerruf der Zulassungsentscheidung haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) ¹Die Inanspruchnahme einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung, in der die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend ihrer Form auch einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung erbracht werden, erfolgt durch einen Vertrag. ²Der federführende Träger der Rentenversicherung schließt mit Wirkung für alle Träger der Rentenversicherung den Vertrag mit der zugelassenen Rehabilitationseinrichtung ab. ³Der Vertrag begründet keinen Anspruch auf Inanspruchnahme durch den Träger der Rentenversicherung.

(6a) ¹Der Versicherte kann dem zuständigen Träger der Rentenversicherung Rehabilitationseinrichtungen vorschlagen. ²Der zuständige Träger der Rentenversicherung prüft, ob die von dem Versicherten vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtungen die Leistung in der nachweislich besten Qualität erbringen. ³Erfüllen die vom Versicherten vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtungen die objektiven sozialmedizinischen Kriterien für die Bestimmung einer Rehabilitationseinrichtung, weist der zuständige Träger der Rentenversicherung dem Versicherten eine Rehabilitationseinrichtung zu. ⁴Liegt ein Vorschlag des Versicherten nach Satz 1 nicht vor oder erfüllen die vom Versicherten vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtungen die objektiven sozialmedizinischen Kriterien für die Bestimmung einer Rehabilitationseinrichtung nicht, hat der zuständige Träger der Rentenversicherung dem Versicherten unter Darlegung der ergebnisrelevanten objektiven Kriterien Rehabilitationseinrichtungen vorzuschlagen. ⁵Der Versicherte ist berechtigt, unter den von dem zuständigen Träger der Rentenversicherung vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtungen innerhalb von 14 Tagen auszuwählen.

(7) Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist verpflichtet, die Daten der externen Qualitätssicherung zu veröffentlichen und den Trägern der Rentenversicherung als Grundlage für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung sowie den Versicherten in einer wahrnehmbaren Form zugänglich zu machen.

(8) ¹Die Rehabilitationseinrichtung hat gegen den jeweiligen Träger der Rentenversicherung einen Anspruch auf Vergütung nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 der gegenüber dem Versicherten erbrachten Leistungen. ²Der federführende Träger der Rentenversicherung vereinbart mit der Rehabilitationseinrichtung den Vergütungssatz; dabei sind insbesondere zu beachten:

1. leistungsspezifische Besonderheiten, Innovationen, neue Konzepte, Methoden,
2. der regionale Faktor und
3. tariflich vereinbarte Vergütungen sowie entsprechende Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen.

(9) ¹Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat in Wahrnehmung der ihr nach § 138 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4a zugewiesenen Aufgaben für alle Rehabilitationseinrichtungen, die entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden, folgende verbindliche Entscheidungen herbeizuführen:

1. zur näheren inhaltlichen Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 3 für die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. zu einem verbindlichen, transparenten, nachvollziehbaren und diskriminierungsfreien Vergütungssystem für alle zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 3; dabei sind insbesondere zu berücksichtigen:
 - a) die Indikation,

- b) die Form der Leistungserbringung,
 - c) spezifische konzeptuelle Aspekte und besondere medizinische Bedarfe,
 - d) ein geeignetes Konzept der Bewertungsrelationen zur Gewichtung der Rehabilitationsleistungen und
 - e) eine geeignete Datengrundlage für die Kalkulation der Bewertungsrelationen,
3. zu den objektiven sozialmedizinischen Kriterien, die für die Bestimmung einer Rehabilitationseinrichtung im Rahmen einer Inanspruchnahme nach Absatz 6 maßgebend sind, um die Leistung für den Versicherten in der nachweislich besten Qualität zu erbringen; dabei sind insbesondere zu berücksichtigen:
- a) die Indikation,
 - b) die Nebenindikation,
 - c) die unabdingbaren Sonderanforderungen,
 - d) die Qualität der Rehabilitationseinrichtung,
 - e) die Entfernung zum Wohnort und
 - f) die Wartezeit bis zur Aufnahme;
- das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 8 des Neunten Buches sowie der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind zu berücksichtigen,
4. zum näheren Inhalt und Umfang der Daten der externen Qualitätssicherung bei den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 7 und deren Form der Veröffentlichung; dabei sollen die Empfehlungen nach § 37 Absatz 1 des Neunten Buches beachtet werden.

²Die verbindlichen Entscheidungen zu Satz 1 Nummer 1 bis 4 erfolgen bis zum 30. Juni 2023. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der

Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitationseinrichtungen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden maßgeblichen Verbände erhalten die Gelegenheit zur Stellungnahme. ⁴Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung durch eine geeignete Organisationsform mit dem Ziel einzubeziehen, eine konsensuale Regelung zu erreichen.

(10) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht die Wirksamkeit der Regelungen nach den Absätzen 3 bis 9 ab dem 1. Januar 2026.

§ 28 Ergänzende Leistungen

(1) Die Leistungen zur Teilhabe werden außer durch das Übergangsgeld ergänzt durch die Leistungen nach § 64 Absatz [1](#) Nummer 2 bis 6 und Absatz [2](#) sowie nach den §§ [73](#) und [74](#) des Neunten Buches.

(2) ¹Für ambulante Leistungen zur Prävention und Nachsorge gilt Absatz 1 mit der Maßgabe, dass die Leistungen nach den §§ [73](#) und [74](#) des Neunten Buches im Einzelfall bewilligt werden können, wenn sie zur Durchführung der Leistungen notwendig sind. ²Fahrkosten nach § 73 Absatz [4](#) des Neunten Buches können pauschaliert bewilligt werden.

SGB VII (Auszug)

§ 31 Hilfsmittel

§ 39 Leistungen zur Sozialen Teilhabe und ergänzende Leistungen

§ 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld

§ 31 Hilfsmittel

(1) ¹Hilfsmittel sind alle ärztlich verordneten Sachen, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen. ²Dazu gehören insbesondere Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. ³Soweit für Hilfsmittel Festbeträge im Sinne des § 36 des Fünften Buches festgesetzt sind, gilt § 29 Abs. 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(2) ¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln zu regeln sowie bei bestimmten Gesundheitsschäden eine Entschädigung für Kleider- und Wäscheverschleiß vorzuschreiben. ²Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien.

Auszug aus: SGB VII
§ 39 Leistungen zur Sozialen Teilhabe und ergänzende Leistungen
Diese Fassung gilt ab dem 01.07.2020

§ 39 Leistungen zur Sozialen Teilhabe und ergänzende Leistungen

(1) Neben den in den § 64 Abs. [1](#) Nr. 2 bis 6 und Abs. [2](#) sowie in den §§ [73](#) und [74](#) des Neunten Buches genannten Leistungen umfassen die Leistungen zur Sozialen Teilhabe und die ergänzenden Leistungen

1. Kraftfahrzeughilfe,
2. sonstige Leistungen zur Erreichung und zur Sicherstellung des Erfolges der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe.

(2) Zum Ausgleich besonderer Härten kann den Versicherten oder deren Angehörigen eine besondere Unterstützung gewährt werden.

§ 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld

(1) Verletztengeld wird erbracht, wenn Versicherte

1. infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und
2. unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Qualifizierungsgeld, Arbeitslosengeld, nicht nur darlehensweise gewährtes Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches oder nicht nur Leistungen für Erstaussstattungen für Bekleidung bei Schwangerschaft und Geburt nach dem Zweiten Buch oder Mutterschaftsgeld hatten.

(2) ₁ Verletztengeld wird auch erbracht, wenn

1. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind,
2. diese Maßnahmen sich aus Gründen, die die Versicherten nicht zu vertreten haben, nicht unmittelbar an die Heilbehandlung anschließen,
3. die Versicherten ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht wieder aufnehmen können oder ihnen eine andere zumutbare Tätigkeit nicht vermittelt werden kann oder sie diese aus wichtigem Grund nicht ausüben können und
4. die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 erfüllt sind.

²Das Verletztengeld wird bis zum Beginn der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. ³Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Zeit bis zum Beginn und während der Durchführung einer Maßnahme der Berufsfindung und Arbeitserprobung.

(3) Werden in einer Einrichtung Maßnahmen der Heilbehandlung und gleichzeitig Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Versicherte erbracht, erhalten Versicherte Verletztengeld, wenn sie arbeitsunfähig sind oder wegen der Maßnahmen eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 erfüllt sind.

(4) ¹Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und
2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.

²Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.

SGB IX (Auszug)

§ 5 Leistungsgruppen

§ 6 Rehabilitationsträger

§ 7 Vorbehalt abweichender Regelungen

§ 8 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

§ 14 Leistender Rehabilitationsträger

§ 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

§ 25 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

§ 26 Gemeinsame Empfehlungen

§ 28 Ausführung von Leistungen

§ 42 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 44 Stufenweise Wiedereingliederung

§ 46 Früherkennung und Frühförderung

§ 47 Hilfsmittel

§ 49 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
Verordnungsermächtigung

§ 51 Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

§ 55 Unterstützte Beschäftigung

§ 60 Andere Leistungsanbieter

§ 64 Ergänzende Leistungen

§ 70 Anpassung der Entgeltersatzleistungen

§ 73 Reisekosten

§ 74 Haushalts- oder Betriebshilfe und
Kinderbetreuungskosten

§ 75 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

§ 76 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

§ 192 Begriff und Personenkreis

§ 47a Digitale Gesundheitsanwendungen

§ 5 Leistungsgruppen

Zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden erbracht:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
5. Leistungen zur sozialen Teilhabe.

§ 6 Rehabilitationsträger

(1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein:

1. die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nummer 1 und 3,
2. die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nummer 2 und 3,
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nummer 1 bis 3 und 5; für Versicherte nach § 2 Absatz 1 Nummer 8 des Siebten Buches die für diese zuständigen Unfallversicherungsträger für Leistungen nach § 5 Nummer 1 bis 5,
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nummer 1 bis 3, der Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nummer 1 und 3,
5. die Träger der Sozialen Entschädigung und der Träger der Soldatenentschädigung für Leistungen nach § 5 Nummer 1 bis 5,
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nummer 1, 2, 4 und 5 sowie
7. die Träger der Eingliederungshilfe für Leistungen nach § 5 Nummer 1, 2, 4 und 5.

(2) Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr.

(3) ¹Die Bundesagentur für Arbeit ist auch Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit Behinderungen im Sinne des Zweiten Buches, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. ²Die

Zuständigkeit der Jobcenter nach § 6d des Zweiten Buches für die Leistungen zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nach § 16 Absatz 1 des Zweiten Buches bleibt unberührt. ³Die Bundesagentur für Arbeit stellt den Rehabilitationsbedarf fest. ⁴Sie beteiligt das zuständige Jobcenter nach § 19 Absatz 1 Satz 2 und berät das Jobcenter zu den von ihm zu erbringenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 Absatz 1 Satz 3 des Zweiten Buches. ⁵Das Jobcenter entscheidet über diese Leistungen innerhalb der in Kapitel 4 genannten Fristen.

§ 7 Vorbehalt abweichender Regelungen

(1) ¹Die Vorschriften im Teil 1 gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. ²Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. ³Das Recht der Eingliederungshilfe im Teil 2 ist ein Leistungsgesetz im Sinne der Sätze 1 und 2.

(2) ¹Abweichend von Absatz 1 gehen die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor.
²Von den Vorschriften in Kapitel 4 kann durch Landesrecht nicht abgewichen werden.

§ 8 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

(1) ¹Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. ²Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § [33](#) des Ersten Buches. ³Den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderungen wird Rechnung getragen.

(2) ¹Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, können auf Antrag der Leistungsberechtigten als Geldleistungen erbracht werden, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. ²Für die Beurteilung der Wirksamkeit stellen die Leistungsberechtigten dem Rehabilitationsträger geeignete Unterlagen zur Verfügung. ³Der Rehabilitationsträger begründet durch Bescheid, wenn er den Wünschen des Leistungsberechtigten nach den Absätzen 1 und 2 nicht entspricht.

(3) Leistungen, Dienste und Einrichtungen lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung.

(4) Die Leistungen zur Teilhabe bedürfen der Zustimmung der Leistungsberechtigten.

§ 14 Leistender Rehabilitationsträger

(1) ¹Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Absatz 4 des Fünften Buches. ²Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu und unterrichtet hierüber den Antragsteller. ³Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, soll der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet werden, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt. ⁴Wird der Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt, werden bei der Prüfung nach den Sätzen 1 und 2 keine Feststellungen nach § 11 Absatz 2a Nummer 1 des Sechsten Buches und § 22 Absatz 2 des Dritten Buches getroffen.

(2) ¹Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 unverzüglich und umfassend fest und erbringt die Leistungen (leistender Rehabilitationsträger). ²Muss für diese Feststellung kein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der leistende Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. ³Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. ⁴Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 bis 3 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die Frist beginnt mit dem Antragseingang bei diesem Rehabilitationsträger. ⁵In den Fällen der Anforderung einer gutachterlichen Stellungnahme bei der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 gilt Satz 3 entsprechend.

(3) Ist der Rehabilitationsträger, an den der Antrag nach Absatz 1 Satz 2 weitergeleitet worden ist, nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung insgesamt nicht zuständig, kann er den Antrag im Einvernehmen mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger an diesen weiterleiten, damit von diesem als leistendem Rehabilitationsträger über den Antrag innerhalb der bereits nach Absatz 2 Satz 4 laufenden Fristen entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

(4) ¹Die Absätze 1 bis 3 gelten sinngemäß, wenn der Rehabilitationsträger Leistungen von Amts wegen erbringt. ²Dabei tritt an die Stelle des Tages der Antragstellung der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs.

(5) Für die Weiterleitung des Antrages ist § 16 Absatz [2](#) Satz 1 des Ersten Buches nicht anzuwenden, wenn und soweit Leistungen zur Teilhabe bei einem Rehabilitationsträger beantragt werden.

§ 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

(1) Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang bei dem leistenden Rehabilitationsträger entschieden werden, teilt er den Leistungsberechtigten vor Ablauf der Frist die Gründe hierfür schriftlich mit (begründete Mitteilung).

(2) ¹In der begründeten Mitteilung ist auf den Tag genau zu bestimmen, bis wann über den Antrag entschieden wird. ²In der begründeten Mitteilung kann der leistende Rehabilitationsträger die Frist von zwei Monaten nach Absatz 1 nur in folgendem Umfang verlängern:

1. um bis zu zwei Wochen zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung infolge einer nachweislich beschränkten Verfügbarkeit geeigneter Sachverständiger,
2. um bis zu vier Wochen, soweit von dem Sachverständigen die Notwendigkeit für einen solchen Zeitraum der Begutachtung schriftlich bestätigt wurde und
3. für die Dauer einer fehlenden Mitwirkung der Leistungsberechtigten, wenn und soweit den Leistungsberechtigten nach § 66 Absatz [3](#) des Ersten Buches schriftlich eine angemessene Frist zur Mitwirkung gesetzt wurde.

(3) ¹Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. ²Die beantragte Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag ohne weitere begründete Mitteilung des Rehabilitationsträgers abgelaufen ist.

(4) ¹Beschaffen sich Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der

Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen verpflichtet. ²Mit der Erstattung gilt der Anspruch der Leistungsberechtigten auf die Erbringung der selbstbeschafften Leistungen zur Teilhabe als erfüllt. ³Der Erstattungsanspruch umfasst auch die Zahlung von Abschlägen im Umfang fälliger Zahlungsverpflichtungen für selbstbeschaffte Leistungen.

(5) Die Erstattungspflicht besteht nicht,

1. wenn und soweit kein Anspruch auf Bewilligung der selbstbeschafften Leistungen bestanden hätte und
2. die Leistungsberechtigten dies wussten oder infolge grober Außerachtlassung der allgemeinen Sorgfalt nicht wussten.

(6) ¹Konnte der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Leistungsberechtigten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese vom Rehabilitationsträger in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. ²Der Anspruch auf Erstattung richtet sich gegen den Rehabilitationsträger, der zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung über den Antrag entschieden hat. ³Lag zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung noch keine Entscheidung vor, richtet sich der Anspruch gegen den leistenden Rehabilitationsträger.

(7) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe, der Sozialen Entschädigung, soweit dieser Leistungen zur Teilhabe nach § 62 Satz 1 Nummer 1 bis 3 des Vierzehnten Buches erbringt, sowie der Soldatenentschädigung, soweit dieser Leistungen nach den Kapiteln 4 und 5 des Soldatenentschädigungsgesetzes erbringt.

§ 25 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

(1) Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, dass

1. die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
2. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
3. Beratung entsprechend den in den §§ 1 und 4 genannten Zielen geleistet wird,
4. Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden,
5. Prävention entsprechend dem in § 3 Absatz 1 genannten Ziel geleistet wird sowie
6. die Rehabilitationsträger im Fall eines Zuständigkeitsübergangs rechtzeitig eingebunden werden.

(2) ¹Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. ²§ 88 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

§ 26 Gemeinsame Empfehlungen

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz [1](#) Nummer 1 bis 5 vereinbaren zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 25 Absatz [1](#) gemeinsame Empfehlungen.

(2) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz [1](#) Nummer 1 bis 5 vereinbaren darüber hinaus gemeinsame Empfehlungen,

1. welche Maßnahmen nach § 3 geeignet sind, um den Eintritt einer Behinderung zu vermeiden,
2. in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere, um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern,
3. über die einheitliche Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens,
4. in welcher Weise die Bundesagentur für Arbeit nach § 54 zu beteiligen ist,
5. wie Leistungen zur Teilhabe nach den §§ [14](#) und 15 koordiniert werden,
6. in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, gefördert werden,
7. für Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13,
8. in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind,

9. zu einem Informationsaustausch mit Beschäftigten mit Behinderungen, Arbeitgebern und den in § 166 genannten Vertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe sowie
10. über ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen.

(3) Bestehen für einen Rehabilitationsträger Rahmenempfehlungen auf Grund gesetzlicher Vorschriften und soll bei den gemeinsamen Empfehlungen von diesen abgewichen werden oder sollen die gemeinsamen Empfehlungen Gegenstände betreffen, die nach den gesetzlichen Vorschriften Gegenstand solcher Rahmenempfehlungen werden sollen, stellt der Rehabilitationsträger das Einvernehmen mit den jeweiligen Partnern der Rahmenempfehlungen sicher.

(4) ₁Die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung können sich bei der Vereinbarung der gemeinsamen Empfehlungen durch ihre Spitzenverbände vertreten lassen. ₂Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt die gemeinsamen Empfehlungen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen ab, soweit die Aufgaben der Pflegekassen von den gemeinsamen Empfehlungen berührt sind.

(5) ₁An der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen werden die Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe über die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter sowie die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 3 über die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen beteiligt. ₂Die Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe orientieren sich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch an den vereinbarten Empfehlungen oder können diesen beitreten.

(6) ₁Die Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der

Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände werden an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen beteiligt. ²Ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen. ³Die Empfehlungen berücksichtigen auch die besonderen Bedürfnisse von Frauen und Kindern mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder.

(7) ¹Die beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren die gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern auf der Grundlage eines von ihnen innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft vorbereiteten Vorschlags. ²Der oder die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wird beteiligt. ³Hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu einem Vorschlag aufgefordert, legt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation den Vorschlag innerhalb von sechs Monaten vor. ⁴Dem Vorschlag wird gefolgt, wenn ihm berechnigte Interessen eines Rehabilitationsträgers nicht entgegenstehen. ⁵Einwände nach Satz 4 sind innerhalb von vier Wochen nach Vorlage des Vorschlags auszuräumen.

(8) ¹Die Rehabilitationsträger teilen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation alle zwei Jahre ihre Erfahrungen mit den gemeinsamen Empfehlungen mit, die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung über ihre Spitzenverbände. ²Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stellt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern eine Zusammenfassung zur Verfügung.

(9) Die gemeinsamen Empfehlungen können durch die regional zuständigen Rehabilitationsträger konkretisiert werden.

§ 28 Ausführung von Leistungen

(1) ¹Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe

1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
2. durch andere Leistungsträger oder
3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen nach § 36

ausführen. ²Der zuständige Rehabilitationsträger bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. ³Satz 1 gilt insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann.

(2) Die Leistungen werden dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und sind darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer eine den Zielen der §§ 1 und 4 Absatz 1 entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

§ 42 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder,
3. Arznei- und Verbandsmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
- 6a. digitale Gesundheitsanwendungen sowie

7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

(3) ₁Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen.
₂Solche Leistungen sind insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie
7. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

§ 44 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise ausüben und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen mit dieser Zielrichtung erbracht werden.

§ 46 Früherkennung und Frühförderung

(1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 umfassen auch

1. die medizinischen Leistungen der fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen sowie
2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.

(2) ¹Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder umfassen weiterhin nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum. ²Die Leistungen sind erforderlich, wenn sie eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt erkennen helfen oder die eingetretene Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgleichen oder mildern.

(3) ¹Leistungen nach Absatz 1 werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als Komplexleistung erbracht. ²Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. ³Maßnahmen

zur Komplexleistung können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität ab Geburt bis zur Einschulung eines Kindes mit Behinderungen oder drohender Behinderung erfolgen.

(4) In den Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer wird Folgendes geregelt:

1. die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren zu Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung,
2. die Dokumentation und Qualitätssicherung,
3. der Ort der Leistungserbringung sowie
4. die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als Komplexleistung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung.

(5) ¹Die Rehabilitationsträger schließen Vereinbarungen über die pauschalierte Aufteilung der nach Absatz 4 Nummer 4 vereinbarten Entgelte für Komplexleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder. ²Regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt. ³Der Anteil der Entgelte, der auf die für die Leistungen nach § 6 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung jeweils zuständigen Träger entfällt, darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen oder in nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum 65 Prozent und in sozialpädiatrischen Zentren 20 Prozent

nicht überschreiten. ⁴Landesrecht kann andere als pauschale Abrechnungen vorsehen.

(6) Kommen Landesrahmenvereinbarungen nach Absatz 4 bis zum 31. Juli 2019 nicht zustande, sollen die Landesregierungen Regelungen durch Rechtsverordnung entsprechend Absatz 4 Nummer 1 bis 3 treffen.

§ 47 Hilfsmittel

(1) Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) nach § 42 Absatz 2 Nummer 6 umfassen die Hilfen, die von den Leistungsberechtigten getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um

1. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
2. den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

(2) ₁Der Anspruch auf Hilfsmittel umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. ₂Der Rehabilitationsträger soll

1. vor einer Ersatzbeschaffung prüfen, ob eine Änderung oder Instandsetzung von bisher benutzten Hilfsmitteln wirtschaftlicher und gleich wirksam ist und
2. die Bewilligung der Hilfsmittel davon abhängig machen, dass die Leistungsberechtigten sich die Hilfsmittel anpassen oder sich in ihrem Gebrauch ausbilden lassen.

(3) Wählen Leistungsberechtigte ein geeignetes Hilfsmittel in einer aufwendigeren Ausführung als notwendig, tragen sie die Mehrkosten selbst.

(4) ₁Hilfsmittel können auch leihweise überlassen werden. ₂In diesem Fall gelten die Absätze 2 und 3 entsprechend.

§ 49 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

(2) Frauen mit Behinderungen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben zugesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.

(3) Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
2. eine Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
3. die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
4. die berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
5. die berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
6. die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz [1](#) Nummer 2 bis 5 und
7. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um

Menschen mit Behinderungen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

(4) ¹Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. ²Soweit erforderlich, wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt; in diesem Fall werden die Kosten nach Absatz 7, Reisekosten nach § [73](#) sowie Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten nach § [74](#) übernommen.

(5) Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht.

(6) ¹Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. ²Leistungen sind insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. das Training motorischer Fähigkeiten,

8. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
9. die Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 193).

(7) Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme

1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe am Arbeitsleben notwendig ist sowie
2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung.

(8) ₁Leistungen nach Absatz 3 Nummer 1 und 7 umfassen auch

1. die Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
2. den Ausgleich für unvermeidbare Verdienstauffälle des Leistungsberechtigten oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, bei einem Träger oder einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen, durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 bis 5,
- 2a. die Kosten eines Jobcoachings,
3. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
4. die Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind
 - a) zur Berufsausübung,

- b) zur Teilhabe an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- c) zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz oder
- d) zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz selbst,

es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,

- 5. die Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
- 6. die Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

²Die Leistung nach Satz 1 Nummer 3 wird für die Dauer von bis zu drei Jahren bewilligt und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz [1](#) Nummer 1 bis 5 durch das Integrationsamt nach § 185 Absatz 5 ausgeführt. ³Der Rehabilitationsträger erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. ⁴Der Anspruch nach § 185 Absatz 5 bleibt unberührt.

(9) Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres über Voraussetzungen, Gegenstand und Umfang der Leistungen der Kraftfahrzeughilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben regeln.

§ 51 Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

(1) ¹Leistungen werden durch Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ausgeführt, wenn Art oder Schwere der Behinderung der Leistungsberechtigten oder die Sicherung des Erfolges die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen. ²Die Einrichtung muss

1. eine erfolgreiche Ausführung der Leistung erwarten lassen nach Dauer, Inhalt und Gestaltung der Leistungen, nach der Unterrichtsmethode, Ausbildung und Berufserfahrung der Leitung und der Lehrkräfte sowie nach der Ausgestaltung der Fachdienste,
2. angemessene Teilnahmebedingungen bieten und behinderungsgerecht sein, insbesondere auch die Beachtung der Erfordernisse des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung gewährleisten,
3. den Teilnehmenden und den von ihnen zu wählenden Vertretungen angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten an der Ausführung der Leistungen bieten sowie
4. die Leistung nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, ausführen.

³Die zuständigen Rehabilitationsträger vereinbaren hierüber gemeinsame Empfehlungen nach den §§ [26](#) und 37.

(2) ¹Werden Leistungen zur beruflichen Ausbildung in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ausgeführt, sollen die Einrichtungen bei Eignung der Leistungsberechtigten darauf hinwirken, dass diese Ausbildung teilweise auch in Betrieben und Dienststellen durchgeführt wird. ²Die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation unterstützen die Arbeitgeber bei der

betrieblichen Ausbildung und bei der Betreuung der auszubildenden Jugendlichen mit Behinderungen.

§ 55 Unterstützte Beschäftigung

(1) ¹Ziel der Unterstützten Beschäftigung ist es, Leistungsberechtigten mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten.

²Unterstützte Beschäftigung umfasst eine individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf Berufsbegleitung.

(2) ¹Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung erhalten Menschen mit Behinderungen insbesondere, um sie für geeignete betriebliche Tätigkeiten zu erproben, auf ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorzubereiten und bei der Einarbeitung und Qualifizierung auf einem betrieblichen Arbeitsplatz zu unterstützen. ²Die Leistungen umfassen auch die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit der Menschen mit Behinderungen. ³Die Leistungen werden vom zuständigen Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 bis 5 für bis zu zwei Jahre erbracht, soweit sie wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind. ⁴Sie können bis zu einer Dauer von weiteren zwölf Monaten verlängert werden, wenn auf Grund der Art oder Schwere der Behinderung der gewünschte nachhaltige Qualifizierungserfolg im Einzelfall nicht anders erreicht werden kann und hinreichend gewährleistet ist, dass eine weitere Qualifizierung zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung führt.

(3) ¹Leistungen der Berufsbegleitung erhalten Menschen mit Behinderungen insbesondere, um nach Begründung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses die zu dessen Stabilisierung erforderliche Unterstützung und Krisenintervention zu gewährleisten. ²Die Leistungen werden bei Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 oder 5 von diesem, im Übrigen von dem Integrationsamt im Rahmen seiner Zuständigkeit erbracht, solange und soweit sie wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Sicherung des

Beschäftigungsverhältnisses erforderlich sind.

(4) Stellt der Rehabilitationsträger während der individuellen betrieblichen Qualifizierung fest, dass voraussichtlich eine anschließende Berufsbegleitung erforderlich ist, für die ein anderer Leistungsträger zuständig ist, beteiligt er diesen frühzeitig.

(5) ¹Die Unterstützte Beschäftigung kann von Integrationsfachdiensten oder anderen Trägern durchgeführt werden. ²Mit der Durchführung kann nur beauftragt werden, wer über die erforderliche Leistungsfähigkeit verfügt, um seine Aufgaben entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Menschen mit Behinderungen erfüllen zu können. ³Insbesondere müssen die Beauftragten

1. über Fachkräfte verfügen, die eine geeignete Berufsqualifikation, eine psychosoziale oder arbeitspädagogische Zusatzqualifikation und eine ausreichende Berufserfahrung besitzen,
2. in der Lage sein, den Menschen mit Behinderungen geeignete individuelle betriebliche Qualifizierungsplätze zur Verfügung zu stellen und ihre berufliche Eingliederung zu unterstützen,
3. über die erforderliche räumliche und sächliche Ausstattung verfügen sowie
4. ein System des Qualitätsmanagements im Sinne des § 37 Absatz 2 Satz 1 anwenden.

(6) ¹Zur Konkretisierung und Weiterentwicklung der in Absatz 5 genannten Qualitätsanforderungen vereinbaren die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz [1](#) Nummer 2 bis 5 sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eine gemeinsame Empfehlung. ²Die gemeinsame Empfehlung kann auch Ausführungen zu möglichen Leistungsinhalten und zur Zusammenarbeit enthalten. ³§ 26 Absatz [4](#), [6](#) und [7](#) sowie § 27 gelten entsprechend.

§ 60 Andere Leistungsanbieter

(1) Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Leistungen nach den §§ 57 und 58 haben, können diese auch bei einem anderen Leistungsanbieter in Anspruch nehmen.

(2) Die Vorschriften für Werkstätten für behinderte Menschen gelten mit folgenden Maßgaben für andere Leistungsanbieter:

1. sie bedürfen nicht der förmlichen Anerkennung,
2. sie müssen nicht über eine Mindestplatzzahl und die für die Erbringung der Leistungen in Werkstätten erforderliche räumliche und sächliche Ausstattung verfügen,
3. sie können ihr Angebot auf Leistungen nach § 57 oder § 58 oder Teile solcher Leistungen beschränken,
4. sie sind nicht verpflichtet, Menschen mit Behinderungen Leistungen nach § 57 oder § 58 zu erbringen, wenn und solange die Leistungsvoraussetzungen vorliegen,
5. eine dem Werkstatttrat vergleichbare Vertretung wird ab fünf Wahlberechtigten gewählt. Sie besteht bei bis zu 20 Wahlberechtigten aus einem Mitglied,
6. eine Frauenbeauftragte wird ab fünf wahlberechtigten Frauen gewählt, eine Stellvertreterin ab 20 wahlberechtigten Frauen,
7. die Regelungen zur Anrechnung von Aufträgen auf die Ausgleichsabgabe und zur bevorzugten Vergabe von Aufträgen durch die öffentliche Hand sind nicht anzuwenden und
8. erbringen sie Leistungen nach den §§ 57 oder 58 ausschließlich in betrieblicher Form, soll ein besserer als der in § 9 Absatz 3 der Werkstättenverordnung für den Berufsbildungsbereich oder für den

Arbeitsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen festgelegte Personalschlüssel angewendet werden.

(3) Eine Verpflichtung des Leistungsträgers, Leistungen durch andere Leistungsanbieter zu ermöglichen, besteht nicht.

(4) Für das Rechtsverhältnis zwischen dem anderen Leistungsanbieter und dem Menschen mit Behinderungen gilt § 221 entsprechend.

§ 64 Ergänzende Leistungen

(1) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben der in § 6 Absatz [1](#) Nummer 1 bis 5 genannten Rehabilitationsträger werden ergänzt durch

1. Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe,
2. Beiträge und Beitragszuschüsse
 - a) zur Krankenversicherung nach Maßgabe des Fünften Buches, des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 - b) zur Unfallversicherung nach Maßgabe des Siebten Buches,
 - c) zur Rentenversicherung nach Maßgabe des Sechsten Buches sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 - d) zur Bundesagentur für Arbeit nach Maßgabe des Dritten Buches,
 - e) zur Pflegeversicherung nach Maßgabe des Elften Buches,
3. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen,
4. ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,
5. Reisekosten sowie

6. Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.

(2) ¹Ist der Schutz von Menschen mit Behinderungen bei Krankheit oder Pflege während der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht anderweitig sichergestellt, können die Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld und zur Pflegeversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung oder, wenn dort im Einzelfall ein Schutz nicht gewährleistet ist, die Beiträge zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen erbracht werden. ²Arbeitslose Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld einen Zuschuss zu ihrem Beitrag für eine private Versicherung gegen Krankheit oder für die Pflegeversicherung erhalten. ³Der Zuschuss wird nach § 174 Absatz 2 des Dritten Buches berechnet.

§ 70 Anpassung der Entgeltersatzleistungen

(1) Die Berechnungsgrundlage, die dem Krankengeld, dem Krankengeld der Sozialen Entschädigung, dem Krankengeld der Soldatenentschädigung, dem Verletztengeld und dem Übergangsgeld zugrunde liegt, wird jeweils nach Ablauf eines Jahres ab dem Ende des Bemessungszeitraums an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst und zwar entsprechend der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches) vom vorvergangenen zum vergangenen Kalenderjahr.

(2) Der Anpassungsfaktor wird errechnet, indem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer für das vergangene Kalenderjahr durch die entsprechenden Bruttolöhne und -gehälter für das vorvergangene Kalenderjahr geteilt werden; § 68 Absatz 7 und § 121 Absatz 1 des Sechsten Buches gelten entsprechend.

(3) Eine Anpassung nach Absatz 1 erfolgt, wenn der nach Absatz 2 berechnete Anpassungsfaktor den Wert 1,0000 überschreitet.

(4) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt jeweils zum 30. Juni eines Kalenderjahres den Anpassungsfaktor, der für die folgenden zwölf Monate maßgebend ist, im Bundesanzeiger bekannt.

§ 73 Reisekosten

(1) Als Reisekosten werden die erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen, die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben stehen. Zu den Reisekosten gehören auch die Kosten

1. für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Behinderung erforderlich ist,
2. für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstauffalls,
3. für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist sowie
4. für den erforderlichen Gepäcktransport.

(2) ¹Während der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden im Regelfall auch Reisekosten für zwei Familienheimfahrten je Monat übernommen. ²Anstelle der Kosten für die Familienheimfahrten können für Fahrten von Angehörigen vom Wohnort zum Aufenthaltsort der Leistungsempfänger und zurück Reisekosten übernommen werden.

(3) Reisekosten nach Absatz 2 werden auch im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übernommen, wenn die Leistungen länger als acht Wochen erbracht werden.

(4) ¹Fahrkosten werden in Höhe des Betrages zugrunde gelegt, der bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels der niedrigsten Beförderungsklasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist, bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel in

Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz [1](#) des Bundesreisekostengesetzes. ²Bei Fahrpreiserhöhungen, die nicht geringfügig sind, hat auf Antrag des Leistungsempfängers eine Anpassung der Fahrkostenentschädigung zu erfolgen, wenn die Maßnahme noch mindestens zwei weitere Monate andauert. ³Kosten für Pendelfahrten können nur bis zur Höhe des Betrages übernommen werden, der unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung bei einer zumutbaren auswärtigen Unterbringung für Unterbringung und Verpflegung zu leisten wäre.

§ 74 Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten

(1) ¹Haushaltshilfe wird geleistet, wenn

1. den Leistungsempfängern wegen der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist,
2. eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
3. im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht zwölf Jahre alt ist oder wenn das Kind eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist.

²§ 38 Absatz [4](#) des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Anstelle der Haushaltshilfe werden auf Antrag des Leistungsempfängers die Kosten für die Mitnahme oder für die anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen, wenn die Unterbringung und Betreuung des Kindes in dieser Weise sichergestellt ist.

(3) ¹Kosten für die Kinderbetreuung des Leistungsempfängers können bis zu einem Betrag von 160 Euro je Kind und Monat übernommen werden, wenn die Kosten durch die Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben unvermeidbar sind. ²Es werden neben den Leistungen zur Kinderbetreuung keine Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 erbracht. ³Der in Satz 1 genannte Betrag erhöht sich entsprechend der Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz [1](#) des Vierten Buches; § 160 Absatz 3 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 erbringen die landwirtschaftliche Alterskasse und die landwirtschaftliche Krankenkasse Betriebs- und

Haushaltshilfe nach den §§ 10 und 36 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte und nach den §§ 9 und 10 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für die bei ihr versicherten landwirtschaftlichen Unternehmer und im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten nach den §§ 54 und 55 des Siebten Buches.

§ 75 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

(1) Zur Teilhabe an Bildung werden unterstützende Leistungen erbracht, die erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können.

(2) ¹Die Leistungen umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Schulbildung, insbesondere im Rahmen der Schulpflicht einschließlich der Vorbereitung hierzu,
2. Hilfen zur schulischen Berufsausbildung,
3. Hilfen zur Hochschulbildung und
4. Hilfen zur schulischen und hochschulischen beruflichen Weiterbildung.

²Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz [1](#) Nummer 3 erbringen ihre Leistungen unter den Voraussetzungen und im Umfang der Bestimmungen des Siebten Buches als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

§ 76 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

(1) ¹Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, soweit sie nicht nach den Kapiteln 9 bis 12 erbracht werden. ²Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. ³Maßgeblich sind die Ermittlungen und Feststellungen nach den Kapiteln 3 und 4.

(2) Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind insbesondere

1. Leistungen für Wohnraum,
2. Assistenzleistungen,
3. heilpädagogische Leistungen,
4. Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie,
5. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
6. Leistungen zur Förderung der Verständigung,
7. Leistungen zur Mobilität und
8. Hilfsmittel.

§ 192 Begriff und Personenkreis

(1) Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden.

(2) Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere

1. schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung,
2. schwerbehinderte Menschen, die nach zielgerichteter Vorbereitung durch die Werkstatt für behinderte Menschen am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt teilhaben sollen und dabei auf aufwendige, personalintensive, individuelle arbeitsbegleitende Hilfen angewiesen sind sowie
3. schwerbehinderte Schulabgänger, die für die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind.

(3) Ein besonderer Bedarf an arbeits- und berufsbegleitender Betreuung ist insbesondere gegeben bei schwerbehinderten Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung oder mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung, die sich im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt und allein oder zusammen mit weiteren vermittlungshemmenden Umständen (Alter, Langzeitarbeitslosigkeit, unzureichende Qualifikation, Leistungsminderung) die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erschwert.

(4) ¹Der Integrationsfachdienst kann im Rahmen der Aufgabenstellung nach Absatz 1 auch zur beruflichen Eingliederung von behinderten Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden. ²Hierbei wird den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer seelischen Behinderung

bedrohter Menschen Rechnung getragen.

§ 47a Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) ¹Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 42 Absatz [2](#) Nummer 6a umfassen die in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 des Fünften Buches aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen, sofern diese unter Berücksichtigung des Einzelfalles erforderlich sind, um

1. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
2. den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, sofern die digitalen Gesundheitsanwendungen nicht die Funktion von allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens übernehmen.

²Digitale Gesundheitsanwendungen werden nur mit Zustimmung des Leistungsberechtigten erbracht.

(2) Wählen Leistungsberechtigte digitale Gesundheitsanwendungen, deren Funktion oder Anwendungsbereich über die Funktion und den Anwendungsbereich einer vergleichbaren in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e des Fünften Buches aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendung hinausgehen, so haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

SGG (Auszug)

§ 85 (Abhilfe bzw. Widerspruchsbescheid)

§ 106 (Vorbereitung der Verhandlung)

§ 109 (Gutachtliche Hörung von Ärzten)

§ 125 (Urteil)

§ 136 (Form und Inhalt des Urteils)

§ 144 (Zulassung der Berufung)

§ 151 (Einlegung der Berufung und Frist)

§ 160 (Zulassungsprinzip)

§ 161 (Sprungrevision)

§ 170 (Inhalt der Revisionsentscheidungen)

§ 160a (Anfechtung der Nichtzulassung der Revision)

§ 85 (Abhilfe bzw. Widerspruchsbescheid)

(1) Wird der Widerspruch für begründet erachtet, so ist ihm abzuhelpfen.

(2) Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, so erläßt den
Widerspruchsbescheid

1. die nächsthöhere Behörde oder, wenn diese eine oberste Bundes- oder eine oberste Landesbehörde ist, die Behörde, die den Verwaltungsakt erlassen hat,
2. in Angelegenheiten der Sozialversicherung die von der Vertreterversammlung bestimmte Stelle,
3. in Angelegenheiten der Bundesagentur für Arbeit mit Ausnahme der Angelegenheiten nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch die von dem Vorstand bestimmte Stelle,
4. in Angelegenheiten der kommunalen Selbstverwaltung die Selbstverwaltungsbehörde, soweit nicht durch Gesetz anderes bestimmt wird.

Abweichend von Satz 1 Nr. 1 ist in Angelegenheiten nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und, soweit Landesrecht nichts Abweichendes vorsieht, in Angelegenheiten nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch der zuständige Träger, der den dem Widerspruch zugrunde liegenden Verwaltungsakt erlassen hat, auch für die Entscheidung über den Widerspruch zuständig; § 44b Absatz 1 Satz 3 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Vorschriften, nach denen im Vorverfahren Ausschüsse oder Beiräte an die Stelle einer Behörde treten, bleiben unberührt. Die Ausschüsse oder Beiräte können abweichend von Satz 1 Nr. 1 auch bei der Behörde gebildet werden, die den Verwaltungsakt erlassen hat.

(3) Der Widerspruchsbescheid ist schriftlich zu erlassen, zu begründen und den Beteiligten bekanntzugeben. Nimmt die Behörde eine Zustellung vor,

gelten die §§ 2 bis 10 des Verwaltungszustellungsgesetzes. § 5 Abs. 4 des Verwaltungszustellungsgesetzes und § 178 Abs. 1 Nr. 2 der Zivilprozessordnung sind auf die nach § 73 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 bis 9 als Bevollmächtigte zugelassenen Personen entsprechend anzuwenden. Die Beteiligten sind hierbei über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Frist und den Sitz des zuständigen Gerichts zu belehren.

(4) Über ruhend gestellte Widersprüche kann durch eine öffentlich bekannt gegebene Allgemeinverfügung entschieden werden, wenn die den angefochtenen Verwaltungsakten zugrunde liegende Gesetzeslage durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts bestätigt wurde, Widerspruchsbescheide gegenüber einer Vielzahl von Widerspruchsführern zur gleichen Zeit ergehen müssen und durch sie die Rechtsstellung der Betroffenen ausschließlich nach einem für alle identischen Maßstab verändert wird. Die öffentliche Bekanntgabe erfolgt durch Veröffentlichung der Entscheidung über den Internetauftritt der Behörde, im Bundesanzeiger und in mindestens drei überregional erscheinenden Tageszeitungen. Auf die öffentliche Bekanntgabe, den Ort ihrer Bekanntgabe sowie die Klagefrist des § 87 Abs. 1 Satz 3 ist bereits in der Ruhensmitteilung hinzuweisen.

§ 106 (Vorbereitung der Verhandlung)

(1) Der Vorsitzende hat darauf hinzuwirken, daß Formfehler beseitigt, unklare Anträge erläutert, sachdienliche Anträge gestellt, ungenügende Angaben tatsächlicher Art ergänzt sowie alle für die Feststellung und Beurteilung des Sachverhalts wesentlichen Erklärungen abgegeben werden.

(2) Der Vorsitzende hat bereits vor der mündlichen Verhandlung alle Maßnahmen zu treffen, die notwendig sind, um den Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung zu erledigen.

(3) Zu diesem Zweck kann er insbesondere

1. um Mitteilung von Urkunden sowie um Übermittlung elektronischer Dokumente ersuchen,
2. Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Sektions- und Untersuchungsbefunde sowie Röntgenbilder beiziehen,
3. Auskünfte jeder Art einholen,
4. Zeugen und Sachverständige in geeigneten Fällen vernehmen oder, auch eidlich, durch den ersuchten Richter vernehmen lassen,
5. die Einnahme des Augenscheins sowie die Begutachtung durch Sachverständige anordnen und ausführen,
6. andere beiladen,
7. einen Termin anberaumen, das persönliche Erscheinen der Beteiligten hierzu anordnen und den Sachverhalt mit diesen erörtern.

(4) Für die Beweisaufnahme gelten die §§ 116, 118 und 119 entsprechend.

§ 109 (Gutachtliche Hörung von Ärzten)

(1) Auf Antrag des Versicherten, des Menschen mit Behinderungen, des Berechtigten nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch, des Berechtigten nach dem Soldatenentschädigungsgesetz oder Hinterbliebenen muß ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werden. Die Anhörung kann davon abhängig gemacht werden, daß der Antragsteller die Kosten vorschießt und vorbehaltlich einer anderen Entscheidung des Gerichts endgültig trägt.

(2) Das Gericht kann einen Antrag ablehnen, wenn durch die Zulassung die Erledigung des Rechtsstreits verzögert werden würde und der Antrag nach der freien Überzeugung des Gerichts in der Absicht, das Verfahren zu verschleppen, oder aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ist.

Auszug aus: SGG
§ 125 (Urteil)

§ 125 (Urteil)

Über die Klage wird, soweit nichts anderes bestimmt ist, durch Urteil entschieden.

§ 136 (Form und Inhalt des Urteils)

(1) Das Urteil enthält

1. die Bezeichnung der Beteiligten, ihrer gesetzlichen Vertreter und der Bevollmächtigten nach Namen, Wohnort und ihrer Stellung im Verfahren,
2. die Bezeichnung des Gerichts und die Namen der Mitglieder, die bei der Entscheidung mitgewirkt haben,
3. den Ort und Tag der mündlichen Verhandlung,
4. die Urteilsformel,
5. die gedrängte Darstellung des Tatbestandes,
6. die Entscheidungsgründe,
7. die Rechtsmittelbelehrung.

(2) Die Darstellung des Tatbestandes kann durch eine Bezugnahme auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze und auf die zu Protokoll erfolgten Feststellungen ersetzt werden, soweit sich aus ihnen der Sach- und Streitstand richtig und vollständig ergibt. In jedem Falle sind jedoch die erhobenen Ansprüche genügend zu kennzeichnen und die dazu vorgebrachten Angriffs- und Verteidigungsmittel ihrem Wesen nach hervorzuheben.

(3) Das Gericht kann von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absehen, soweit es der Begründung des Verwaltungsaktes oder des Widerspruchsbescheides folgt und dies in seiner Entscheidung feststellt.

(4) Wird das Urteil in dem Termin, in dem die mündliche Verhandlung geschlossen worden ist, verkündet, so bedarf es des Tatbestandes und der Entscheidungsgründe nicht, wenn Kläger, Beklagter und sonstige

rechtsmittelberechtigte Beteiligte auf Rechtsmittel gegen das Urteil verzichten.

§ 144 (Zulassung der Berufung)

(1) Die Berufung bedarf der Zulassung in dem Urteil des Sozialgerichts oder auf Beschwerde durch Beschluß des Landessozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes

1. bei einer Klage, die eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750 Euro oder
2. bei einer Erstattungsstreitigkeit zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden 10 000 Euro

nicht übersteigt. Das gilt nicht, wenn die Berufung wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft.

(2) Die Berufung ist zuzulassen, wenn

1. die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,
2. das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
3. ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

(3) Das Landessozialgericht ist an die Zulassung gebunden.

(4) Die Berufung ist ausgeschlossen, wenn es sich um die Kosten des Verfahrens handelt.

§ 151 (Einlegung der Berufung und Frist)

(1) Die Berufung ist bei dem Landessozialgericht innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

(2) Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem Sozialgericht schriftlich oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. In diesem Falle legt das Sozialgericht die Berufungsschrift oder das Protokoll mit seinen Akten unverzüglich dem Landessozialgericht vor.

(3) Die Berufungsschrift soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

§ 160 (Zulassungsprinzip)

(1) Gegen das Urteil eines Landessozialgerichts und gegen den Beschluss nach § 55a Absatz 5 Satz 1 steht den Beteiligten die Revision an das Bundessozialgericht nur zu, wenn sie in der Entscheidung des Landessozialgerichts oder in dem Beschluß des Bundessozialgerichts nach § 160a Abs. [4](#) Satz 1 zugelassen worden ist.

(2) Sie ist nur zuzulassen, wenn

1. die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
2. das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
3. ein Verfahrensmangel geltend gemacht wird, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann; der geltend gemachte Verfahrensmangel kann nicht auf eine Verletzung der §§ [109](#) und 128 Abs. 1 Satz 1 und auf eine Verletzung des § 103 nur gestützt werden, wenn er sich auf einen Beweisantrag bezieht, dem das Landessozialgericht ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

(3) Das Bundessozialgericht ist an die Zulassung gebunden.

§ 161 (Sprungrevision)

(1) Gegen das Urteil eines Sozialgerichts steht den Beteiligten die Revision unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht im Urteil oder auf Antrag durch Beschluß zugelassen wird. Der Antrag ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag oder, wenn die Revision im Urteil zugelassen ist, der Revisionsschrift beizufügen.

(2) Die Revision ist nur zuzulassen, wenn die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 vorliegen. Das Bundessozialgericht ist an die Zulassung gebunden. Die Ablehnung der Zulassung ist unanfechtbar.

(3) Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluß ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist oder der Frist für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung von neuem, sofern der Antrag in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war. Läßt das Sozialgericht die Revision durch Beschluß zu, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Revisionsfrist.

(4) Die Revision kann nicht auf Mängel des Verfahrens gestützt werden.

(5) Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

§ 170 (Inhalt der Revisionsentscheidungen)

- (1) Ist die Revision unbegründet, so weist das Bundessozialgericht die Revision zurück. Ergeben die Entscheidungsgründe zwar eine Gesetzesverletzung, stellt sich die Entscheidung selbst aber aus anderen Gründen als richtig dar, so ist die Revision ebenfalls zurückzuweisen.
- (2) Ist die Revision begründet, so hat das Bundessozialgericht in der Sache selbst zu entscheiden. Sofern dies untunlich ist, kann es das angefochtene Urteil mit den ihm zugrunde liegenden Feststellungen aufheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Gericht zurückverweisen, welches das angefochtene Urteil erlassen hat.
- (3) Die Entscheidung über die Revision braucht nicht begründet zu werden, soweit das Bundessozialgericht Rügen von Verfahrensmängeln nicht für durchgreifend erachtet. Dies gilt nicht für Rügen nach § 202 in Verbindung mit § 547 der Zivilprozeßordnung und, wenn mit der Revision ausschließlich Verfahrensmängel geltend gemacht werden, für Rügen, auf denen die Zulassung der Revision beruht.
- (4) Verweist das Bundessozialgericht die Sache bei der Sprungrevision nach § [161](#) zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung zurück, so kann es nach seinem Ermessen auch an das Landessozialgericht zurückverweisen, das für die Berufung zuständig gewesen wäre. Für das Verfahren vor dem Landessozialgericht gelten dann die gleichen Grundsätze, wie wenn der Rechtsstreit auf eine ordnungsgemäß eingelegte Berufung beim Landessozialgericht anhängig geworden wäre.
- (5) Das Gericht, an das die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen ist, hat seiner Entscheidung die rechtliche Beurteilung des Revisionsgerichts zugrunde zu legen.

§ 160a (Anfechtung der Nichtzulassung der Revision)

- (1) Die Nichtzulassung der Revision kann selbständig durch Beschwerde angefochten werden. Die Beschwerde ist bei dem Bundessozialgericht innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils einzulegen. Der Beschwerdeschrift soll eine Ausfertigung oder beglaubigte Abschrift des Urteils, gegen das die Revision eingelegt werden soll, beigelegt werden. Satz 3 gilt nicht, soweit nach § 65a elektronische Dokumente übermittelt werden.
- (2) Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils zu begründen. Die Begründungsfrist kann auf einen vor ihrem Ablauf gestellten Antrag von dem Vorsitzenden einmal bis zu einem Monat verlängert werden. In der Begründung muß die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung, von der das Urteil des Landessozialgerichts abweicht, oder der Verfahrensmangel bezeichnet werden.
- (3) Die Einlegung der Beschwerde hemmt die Rechtskraft des Urteils.
- (4) Das Bundessozialgericht entscheidet unter Zuziehung der ehrenamtlichen Richter durch Beschluß; § 169 gilt entsprechend. Dem Beschluß soll eine kurze Begründung beigelegt werden; von einer Begründung kann abgesehen werden, wenn sie nicht geeignet ist, zur Klärung der Voraussetzungen der Revisionszulassung beizutragen. Mit der Ablehnung der Beschwerde durch das Bundessozialgericht wird das Urteil rechtskräftig. Wird der Beschwerde stattgegeben, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Revisionsfrist.
- (5) Liegen die Voraussetzungen des § 160 Abs. [2](#) Nr. 3 vor, kann das Bundessozialgericht in dem Beschluss das angefochtene Urteil aufheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverweisen.

Stichwortverzeichnis

A Ä B D E F G H K

M N O P R S T U Ü V W

Stichworte A - K

A

Akteneinsicht

[Das Widerspruchsverfahren](#)

Ambulante Nachsorge

[Phasen der Rehabilitation](#)

Ambulante Rehabilitation

[Formen der Rehabilitation](#)

Ambulante Vorsorgeleistungen#am Wohnort

[Präventive Kurmaßnahmen](#)

Ambulante Vorsorgeleistungen#in einem anerkannten Kurort

[Präventive Kurmaßnahmen](#)

Anschlussheilbehandlung

[Phasen der Rehabilitation](#)

Anschlussrehabilitation

[Sonderformen der Rehabilitation](#)

Antragsablauf

[Antragsverfahren und -ablauf der Reha](#)

Antragsverfahren

[Antragsverfahren und -ablauf der Reha](#)

Arbeitstherapie

[Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln](#)

[Belastungserprobung und Arbeitstherapie](#)

Arzneimittel

[Präventive Kurmaßnahmen](#)

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Aufklärungspflicht

[Der gerichtliche Weg](#)

Ausbildungsgeld

[Geldleistungen während der Rehabilitation](#)

Ausland

[Kuren im Ausland](#)

Ä

Ärztliche Begutachtung

[Der gerichtliche Weg](#)

B

Belastungserprobung

[Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln](#)

[Belastungserprobung und Arbeitstherapie](#)

Berufung

[Der gerichtliche Weg](#)

Betriebshilfe

[Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten](#)

Bewilligung

[Die Bewilligung](#)

Biopsychosoziales Modell

[Das biopsychosoziale Modell der WHO](#)

D

Diagnose

[Das biopsychosoziale Modell der WHO](#)

Digitale Gesundheitsanwendungen

[Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln](#)

E

Einwilligungserklärung

[Einwilligungserklärung des Versicherten](#)

Entlassmanagement

[Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter](#)

Ergotherapie

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Ernährungstherapie

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

F

Feststellungsbescheid

[Das Widerspruchsverfahren](#)

Frührehabilitation

[Phasen der Rehabilitation](#)

Funktionstraining

[Funktionstraining](#)

G**Gebrauchsgegenstände**

[Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens](#)

Geriatrische Rehabilitation

[Sonderformen der Rehabilitation](#)

Gerichtskosten

[Der gerichtliche Weg](#)

Gerichtsurteil

[Der gerichtliche Weg](#)

Gesundheitsproblem

[Das biopsychosoziale Modell der WHO](#)

Gesundheitsreisen

[Gesundheits- oder Präventionsreisen](#)

H**Haushaltshilfe**

[Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten](#)

Heilmittel

[Präventive Kurmaßnahmen](#)

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Hilfsmittel

[Präventive Kurmaßnahmen](#)

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Hörhilfen

[Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln](#)

K**Kinder mit Behinderungen**

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Kinderbetreuungskosten

[Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten](#)

Klage

[Der gerichtliche Weg](#)

Kontaktlinsen

[Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln](#)

Krankengeld

[Geldleistungen während der Rehabilitation](#)

Kurative Versorgung

[Das biopsychosoziale Modell der WHO](#)

Körperersatzstücke

[Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln](#)

Stichworte M - W

M

Medizinisch-berufliche Wiedereingliederung
[Phasen der Rehabilitation](#)

Medizinische Akutbehandlung
[Phasen der Rehabilitation](#)

Medizinische Rehabilitation
[Leistungen zur medizinischen Rehabilitation](#)

Mitwirkungspflichten
[Die Mitwirkungspflichten des Antragstellers](#)

N

Neurologisches Phasenmodell
[Phasen der Rehabilitation](#)

O

Onkologische Rehabilitation
[Sonderformen der Rehabilitation](#)

Orthopädische Hilfsmittel
[Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln](#)

P

Personenbezogene Faktoren
[Das biopsychosoziale Modell der WHO](#)

Physiotherapie
[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Podologische Therapie
[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Primärprävention
[Arten der Prävention](#)

Präventionsreisen
[Gesundheits- oder Präventionsreisen](#)

Psychotherapie
[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

R

Rehabilitationsbedürftigkeit

[Leistungen zur medizinischen Rehabilitation](#)

Rehabilitationsfähigkeit

[Leistungen zur medizinischen Rehabilitation](#)

Rehabilitationsprognose

[Leistungen zur medizinischen Rehabilitation](#)

Rehabilitationssport

[Rehabilitationssport](#)

Rehabilitationsträger

[Zuständigkeit der verschiedenen Rehabilitationsträger](#)

[Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger](#)

Rehabilitationsziele

[Leistungen zur medizinischen Rehabilitation](#)

Reisekosten

[Übernahme von Reisekosten](#)

Rente

[Sonderformen der Rehabilitation](#)

Revision

[Der gerichtliche Weg](#)

S

Schlucktherapie

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Sehhilfen

[Abgrenzung der Zuständigkeit Kranken- und Rentenversicherung bei Hilfsmitteln](#)

Sekundärprävention

[Arten der Prävention](#)

Selbstbeschaffte Ersatzkraft

[Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten](#)

Selbstbeschaffte Leistungen

[Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX](#)

Soziale Teilhabe

[Leistungen zur sozialen Teilhabe](#)

Sozialversicherung

[Beiträge zur Sozialversicherung](#)

Sprachtherapie

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Sprechtherapie

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Stationäre Rehabilitation

[Formen der Rehabilitation](#)

Stationäre Vorsorgeleistungen

[Präventive Kurmaßnahmen](#)

Stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter

[Kuren im Ausland](#)

Stimmtherapie

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Stufenweise Wiedereingliederung

[Stufenweise Wiedereingliederung](#)

T

Teilhabe am Arbeitsleben

[Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben](#)

Teilhabe an Bildung

[Leistungen zur Teilhabe an Bildung](#)

Teilstationäre Rehabilitation

[Formen der Rehabilitation](#)

U

Umweltbezogene Faktoren

[Das biopsychosoziale Modell der WHO](#)

Unterhaltsbeihilfe

[Geldleistungen während der Rehabilitation](#)

Ü

Übergangsgeld

[Geldleistungen während der Rehabilitation](#)

V

Verbandsmittel

[Präventive Kurmaßnahmen](#)

[Leistungsumfang und Leistungserbringung der medizinischen Rehabilitation](#)

Verletztengeld

[Geldleistungen während der Rehabilitation](#)

Versorgungskrankengeld

[Geldleistungen während der Rehabilitation](#)

Vorsorgebedürftigkeit

[Arten der Prävention](#)

Vorsorgefähigkeit

[Arten der Prävention](#)

W

Wartezeiten

[Präventive Kurmaßnahmen](#)

Widerspruchsbescheid

[Das Widerspruchsverfahren](#)

Widerspruchsverfahren

[Das Widerspruchsverfahren](#)