



Merkblatt über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der LKK

1. Verfahren

Leistungen zur Rehabilitation müssen bei der LKK beantragt werden. Bestandteil des Antrags ist auch ein medizinischer Teil (die ärztliche Verordnung; „Muster 61“), der vom behandelnden Arzt ausgefüllt und der LKK vorgelegt werden muss.

Gegebenenfalls wird die LKK eine sozialmedizinische Beratung/Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) veranlassen. Die Beratung/Begutachtung erfolgt zumeist nach Aktenlage, also auf der Grundlage des Antrags und der ärztlichen Verordnung. In besonderen Fällen kann auch eine persönliche Begutachtung in Form einer körperlichen Untersuchung beim MD in Wohnortnähe erforderlich werden. Für die Beratungen/Begutachtungen gelten für alle gesetzlichen Krankenkassen bundeseinheitliche Rahmenbedingungen. Das Ergebnis der Beratung/Begutachtung ist wesentliche Grundlage für die Entscheidung über den Leistungsantrag.

Im Rahmen der Antragsprüfung und Beratung/Begutachtung wird (unabhängig von der Entscheidung über den Antrag) auch untersucht, ob Anhaltspunkte für andere/weitere Teilhabebedarfe (ggf. auch eines anderen Rehabilitationsträgers) erkennbar sind.

Nach Prüfung der Voraussetzungen wird die LKK über den Leistungsantrag entscheiden.

Bei der Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat die LKK vom Gesetz vorgegebene Bearbeitungsfristen einzuhalten. Ist zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen eine Begutachtung durch den MD nicht erforderlich, muss die LKK innerhalb von drei Wochen nach Eingang der antragsbegründenden Unterlagen entscheiden; holt sie ein Gutachten ein, muss die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen werden.

Wird über den Rehabilitationsantrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der antragsbegründenden Unterlagen entschieden und erfolgt keine begründete Mitteilung in Hinsicht auf diese Fristüberschreitung, gilt der Antrag als genehmigt.

Ist die LKK für die beantragte medizinische Rehabilitationsleistung nicht zuständig, muss sie den Antrag unverzüglich an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten.

2. Inhalte und Ziele medizinischer Rehabilitationsleistungen

Die LKK erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Medizinische Rehabilitationsleistungen basieren auf einem ganzheitlichen Ansatz, d. h. sie werden in eigens dafür ausgewählten Einrichtungen (ambulant oder stationär) komplex und interdisziplinär unter Beachtung der individuellen Erfordernisse durchgeführt. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen eine Vielzahl von Behandlungselementen. Zum Leistungsumfang gehören - in Abhängigkeit vom individuellen Behandlungsbedarf - insbesondere die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Bewegungstherapie, Hilfsmittel, Psychotherapie, Schmerzbewältigungsverfahren, Entspannungsverfahren und weitere Hilfen zur Krankheitsbewältigung. Die Behandlungen und Therapien in den Einrichtungen werden individuell gestaltet und speziell auf die jeweilige Erkrankung abgestimmt. Sie können in Form von Einzel- oder Gruppentherapien erbracht werden. Zu Beginn der Rehabilitationsleistung werden nach einer individuellen Befunderhebung die Rehabilitationsziele gemeinsam zwischen Patient und dem Reha-Team der Einrichtung entwickelt und vereinbart sowie ein entsprechender Therapieplan formuliert, der an die individuellen Anforderungen angepasst ist und auch das familiäre und soziale Umfeld berücksichtigt. Zum Abschluss der Maßnahme wird in einem Gespräch erörtert, inwieweit die Rehabilitationsziele erreicht wurden. Im Reha-Entlassungsbericht werden ggf. Hinweise auf erforderliche nachgehende Leistungen, die den erreichten Behandlungserfolg nachhaltig sichern sollen, dokumentiert.

3. Persönliches Budget

Mit dem Persönlichen Budget wird die Möglichkeit eingeräumt, den Bedarf an Teilhabeleistungen (z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) und anderen budgetfähigen Leistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Es handelt sich hierbei um eine besondere Form der Leistungserbringung, die einen Anspruch auf Teilhabe- bzw. Rehabilitationsleistungen voraussetzt.



Vor Bewilligung des Persönlichen Budgets prüft die LKK, ob ein Anspruch auf die beantragten Rehabilitationsleistungen besteht. Ist dies der Fall, besteht die Möglichkeit, die jeweiligen Leistungsansprüche in Form von Geldleistungen (ggf. auch Gutscheinen) als Alternative zu Sachleistungen zu verwirklichen. Dabei kann die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten der ansonsten gewährten Sachleistung nicht überschreiten. Der Leistungsberechtigte erhält die ihm bewilligten Leistungen in Form eines Geldbetrages und kann damit - auf der Grundlage von vorher zwischen ihm und der LKK vereinbarten Kriterien und Auflagen (sog. „Zielvereinbarung“) – selbst darüber entscheiden, wann, wo, wie und durch wen er seine der Leistung zu Grunde liegenden Bedarfe deckt und wie und wodurch die vereinbarten Ziele erreicht werden.

Sind neben der LKK weitere Rehabilitationsträger beteiligt (z. B. Krankenkasse, Sozialhilfeträger, Integrationsamt), handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, das von den beteiligten Rehabilitationsträgern als Komplexleistung erbracht wird.

4. Beratungsangebote

Weitere Informationen zum Thema Medizinische Rehabilitation finden Sie auch auf unserer Internetseite www.svlfg.de. Für eine persönliche individuelle Beratung stehen Ihnen natürlich auch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gern zur Verfügung.

Als ergänzendes Informations- und Beratungsangebot können behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen auch kostenfrei die von Leistungserbringern und Leistungsträgern unabhängigen Teilhabeberatungsstellen anlaufen; eine Kontaktierung dieser Stellen kann insbesondere in komplexen Falllagen (z. B. bei Bedarf an mehreren nebeneinanderlaufenden Teilhabeleistungen, bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger) hilfreich sein. Nähere Informationen hierzu - insbesondere zu unabhängigen Beratungsstellen in Ihrer Nähe - können Sie unter www.teilhabeberatung.de abrufen.