

KASSENZULASSUNG: REHA

Wer bezahlt die ambulante Reha oder Anschlussheilbehandlung?

In der Regel sind die Gesetzlichen Rentenversicherungen oder die Gesetzlichen Krankenversicherungen die zuständigen Kostenträger der medizinischen Reha oder der Anschlussheilbehandlung AHB. Nach Antragseingang klären die Kostenträger untereinander die Zuständigkeit ab.

Wann ist die Rentenversicherung zuständig? Wann die Krankenkasse?

Es gilt folgende Faustregel:

Wenn durch eine ambulante Reha Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden können, dann greift in der Regel die Gesetzliche Rentenversicherung als Kostenträger. Es hat sich der Ausspruch bewährt: „Reha vor Rente“. Daher ist für alle Erwerbstätigen, Arbeitssuchenden oder auch Bezieher einer Rente wegen Erwerbsminderung die Rentenversicherung der richtige Ansprechpartner.

Die Krankenkassen agieren als Kostenträger, wenn durch ambulante Rehamaßnahmen eine Form der Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet oder gemindert werden kann. Hier gilt die Faustformel: „Reha vor Pflege“.

Die Gesetzliche Krankenversicherung greift als Kostenträger vor allem bei Kindern und Jugendlichen, bei nicht berufstätigen Erwachsenen und bei Rentnern.

Worin liegt der Unterschied zwischen einer medizinischen Reha und einer Anschlussheilbehandlung?

Eine **Anschlussheilbehandlung** (AHB) schließt sich immer an einen Krankenhausaufenthalt an. Das Besondere einer AHB ist, dass sie innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung angetreten werden muss. Zudem muss eine AHB direkt über den Sozialdienst der behandelnden Klinik beantragt werden.

Eine ambulante Rehabilitation kann auch unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt erfolgen. Hier kann der Antrag über den niedergelassenen Arzt sowie auf Anraten der Rentenversicherung oder der Krankenkassen erfolgen.