

**2.2.1 Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung  
nach § 13 Abs. 4 SGB VI**

Vom 21. Januar 1993

zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Altersklassen und dem AOK-Bundesverband, dem BKK-Bundesverband, dem IKK-Bundesverband, der See-Krankenkasse, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Bundesknappschaft, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V., dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

**Präambel**

Die Vereinbarung regelt gemäß § 13 Abs. 4 SGB VI die Zuständigkeit für Krankenbehandlung sowie für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft während medizinischer Leistungen zur Rehabilitation durch die Träger der Rentenversicherung.

**§ 1 Zuständigkeit.** (1) Der Träger der Rentenversicherung erbringt für den Träger der Krankenversicherung

1. Krankenbehandlung im Falle einer interkurrenten Erkrankung (§ 2 Abs. 2),  
2. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die während medizinischer Leistungen zur Rehabilitation erforderlich werden (§ 4).

(2) Der Träger der Rentenversicherung erbringt nicht medizinische Leistungen zur Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung.

**§ 2 Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen.** (1) Interkurrente Erkrankungen sind Erkrankungen, die während einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation auftreten und einer sofortigen ärztlichen Behandlung bedürfen.

(2) Kosten der Behandlung einer interkurrenten Erkrankung, die mit den Mitteln der Rehabilitationseinrichtung mitbehandelt werden kann, werden vom Träger der Rentenversicherung getragen, soweit keine Krankenhauspflegebedürftigkeit vorliegt.

(3) <sup>1</sup>Kosten der Behandlung einer interkurrenten Erkrankung trägt der Träger der Krankenversicherung, wenn der Versicherte zur Krankenhausbehandlung in ein Krankenhaus oder in eine andere Station der Rehabilitationseinrichtung verlegt wird, die zur Krankenhausbehandlung zugelassen ist. <sup>2</sup>Dies gilt auch, wenn die die stationäre Krankenhausbehandlung verursachende Erkrankung in einem Zusammenhang mit dem Heilbehandlungsleiden steht.

(4) Kosten für erforderlich werdende ambulante Krankenbehandlungen, die mit dem Heilbehandlungsleiden nicht im Zusammenhang stehen und außerhalb der Behandlungsstätte im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbracht werden, trägt der Träger der Krankenversicherung.

(5) Der Träger der Rentenversicherung übernimmt nicht die Kosten einer während einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation erforderlich werdenden Zahnbehandlung und der Versorgung mit Zahnersatz.

**§ 3 Medizinische Leistungen zur Rehabilitation.** <sup>1</sup>Stationäre Rehabilitationsleistungen werden eingeleitet, wenn die Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI vorliegen. <sup>2</sup>Eine Behandlung im Krankenhaus darf nicht oder nicht mehr erforderlich sein. <sup>3</sup>Zu den stationären Rehabilitationsleistungen zählen insbesondere auch Anschlußheilbehandlungen. <sup>4</sup>Die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten muß gegeben sein.

**§ 4 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.** Für erforderliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gelten § 2 Absätze 2 bis 5 und § 5 entsprechend.

**§ 5 Reisekosten.** (1) Wird die interkurrente Erkrankung an dem Ort behandelt, an dem die medizinische Leistung zur Rehabilitation durchgeführt wird, so übernimmt der Träger der Rentenversicherung die Kosten für die Rückreise nach der Beendigung der interkurrenten Behandlung von dem Reha-Ort zum Wohnort.

(2) Wird die medizinische Leistung zur Rehabilitation wegen einer am Wohnort durchzuführenden Behandlung der interkurrenten Erkrankung abgebrochen, so übernimmt der Träger der Rentenversicherung die Kosten für die Rückreise vom Reha-Ort zum Wohnort.

(3) <sup>1</sup>Wird die interkurrente Erkrankung weder am Wohnort noch am Reha-Ort behandelt, so trägt der Träger der Krankenversicherung im Rahmen des § 60 SGB V die Kosten für die An- und Abreise vom/zum Reha-Ort, wenn die medizinische Leistung zur Rehabilitation nach Beendigung der Behandlung wegen einer interkurrenten Erkrankung fortgesetzt wird. <sup>2</sup>Entsprechendes gilt, wenn die interkurrente Erkrankung nicht in der Rehabilitationseinrichtung, sondern in einem Krankenhaus am Reha-Ort behandelt wird.

(4) Wird die medizinische Leistung zur Rehabilitation des Trägers der Rentenversicherung wegen einer interkurrenten Erkrankung nicht fortgesetzt, trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten der Rückreise vom Ort der interkurrenten Behandlung zum Wohnort.

**§ 6 Inkrafttreten.** <sup>1</sup>Die Vereinbarung ergeht im Benehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. <sup>2</sup>Sie tritt am 1. März 1993 in Kraft. <sup>3</sup>In angemessenen Zeitabständen wird geprüft, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepaßt werden muß.