



## Das Wichtigste rund um die medizinische Rehabilitation

### So gehen Sie vor, damit die Kosten übernommen werden

Wenn Sie gesundheitlich stark eingeschränkt sind und Ihnen eine Krankenbehandlung allein nicht hilft, können Sie eine medizinische Rehabilitation (kurz: Reha) beantragen. Möglich ist das sowohl ambulant als auch stationär in einer Reha-Einrichtung.

### Ich möchte eine Reha antreten. Wie gehe ich am besten vor?

Schritt 1: Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin. Denn diese sollten in dem Antrag begründen, warum die Voraussetzungen für eine Reha vorliegen. Diese sind:

- a) Rehabilitationsbedürftigkeit: Sie haben eine körperliche, geistige oder seelische Schädigung und sind dadurch voraussichtlich und nicht nur vorübergehend in Ihrer Aktivität alltagsrelevant beeinträchtigt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Sie Probleme beim Gehen haben und deshalb nicht mehr allein einkaufen oder zur Arbeit gehen können und eine Krankenbehandlung Ihnen nicht geholfen hat.
- b) Rehabilitationsfähigkeit: Sie sind körperlich und geistig in der Lage und belastbar genug für eine Reha.
- c) Ein auf Sie abgestimmtes konkretes Rehabilitationsziel und eine positive Rehabilitationsprognose: Ihr Arzt oder Ihre Ärztin bescheinigt Ihnen, dass ein Erfolg durch die Reha wahrscheinlich ist, sodass Sie beispielsweise nach der Reha voraussichtlich wieder alleine einkaufen oder zum Arzt gehen können oder wieder arbeitsfähig sind.

Schritt 2: Geben Sie in Ihrem Antrag eventuelle Wünsche hinsichtlich der Reha-Einrichtung an, sofern Sie diese haben. Wenn Sie zum Beispiel aufgrund der Entfernung oder besonderer angebotener Therapieverfahren eine ganz bestimmte Reha-Einrichtung im Blick haben, formulieren Sie diesen Wunsch bereits bei der Antragstellung und begründen Sie diesen. Die Krankenkasse muss dann prüfen, ob Ihre Wünsche berechtigt sind (sogenanntes Wunsch- und Wahlrecht), und Ihnen gegebenenfalls begründen, wenn sie sich für eine andere Einrichtung entscheidet.

Schritt 3: Prüfen Sie, wer der richtige Kostenträger ist. Auch hierbei wird Ihnen Ihr Arzt oder Ihre Ärztin helfen. In den meisten Fällen ist die Krankenkasse oder die Deutsche Rentenversicherung der Kostenträger.



Die Deutsche Rentenversicherung erbringt zum Beispiel Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Rehabilitationsmaßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Die Krankenkassen sind für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger die Leistungen erbringen.

Schritt 4: Reichen Sie den Antrag anschließend bei der Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung ein.

Übrigens: Es ist nicht schlimm, wenn Sie den falschen Kostenträger gewählt haben. Der Kostenträger, der den Antrag erhält, muss innerhalb von zwei Wochen prüfen, ob er für den Antrag zuständig ist. Ist er nicht zuständig, muss er den Antrag unverzüglich an die richtige Stelle weiterleiten und Sie darüber informieren.

Und nun? Entscheidet der Kostenträger nicht innerhalb von zwei Monaten ab Eingang Ihres Antrags, gilt der Antrag als genehmigt. Ausnahme: Der Kostenträger teilt Ihnen vorher mit, warum er nicht innerhalb dieser Frist entscheiden kann. Möglich ist zum Beispiel, dass die Krankenkasse den Medizinischen Dienst prüfen lässt, ob die beantragte Reha medizinisch notwendig ist.

### **Was zahlt der Kostenträger und was muss ich selbst zahlen?**

Die Krankenkasse oder die Rentenversicherung übernimmt die Kosten für die bewilligte Reha-Maßnahme und die erforderlichen Fahrkosten zur Reha. Allerdings müssen Sie eine Zuzahlung leisten, wenn Sie 18 Jahre alt oder älter sind. Diese beträgt in der Regel zehn Euro pro Kalendertag.

### **Die Krankenkasse hat meinen Antrag auf eine stationäre Reha mit der Begründung abgelehnt, dass eine ambulante Reha ausreicht. Was kann ich dagegen tun?**

Grundsätzlich gilt für die Krankenkasse der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Das bedeutet: Erst wenn eine ambulante Reha-Leistung nicht ausreicht und eine stationäre Reha aus medizinischen Gründen erforderlich ist, soll die Maßnahme in einer stationären Reha-Einrichtung erbracht werden. Sind Sie der Meinung, dass die



Voraussetzungen für eine stationäre Reha bei Ihnen tatsächlich vorliegen, können Sie bei Ihrer Krankenkasse Widerspruch gegen die Ablehnung einreichen.

Achtung: Es gibt Ausnahmen vom Grundsatz „ambulant vor stationär“. Pflegen Sie einen Verwandten und möchten eine Reha für pflegende Angehörige in Anspruch nehmen, darf die Krankenkasse nicht prüfen, ob eine ambulante Reha ausreichend wäre. Liegen die sonstigen Voraussetzungen für eine Reha bei Ihnen vor, muss sie den Antrag genehmigen. Gegen eine Ablehnung mit der Begründung, eine ambulante Reha reiche aus, sollten Sie daher unbedingt Widerspruch einlegen.

### **Was kann ich tun, wenn mein Antrag keinen Erfolg hat oder die Krankenkasse oder die Rentenversicherung meine Wünsche nicht berücksichtigt hat?**

Lehnt die Krankenkasse oder die Rentenversicherung Ihren Antrag auf Kostenübernahme für eine Reha ab oder hat sie Ihre Wünsche unberechtigterweise nicht berücksichtigt, können Sie gegen diese Entscheidung Widerspruch einlegen. Dafür haben Sie einen Monat nach Erhalt des Bescheids Zeit. Legen Sie den Widerspruch schriftlich ein oder lassen Sie ihn in der Geschäftsstelle der Krankenkasse protokollieren und unterschreiben ihn.

Tipp: Erläutern Sie am besten, aus welchen Gründen Sie die Kostenübernahme für die Reha als erforderlich ansehen oder warum Ihre Wünsche berechtigt sind. Holen Sie sich dabei Unterstützung von Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, die Ihre Begründung auch mit einem Kurzattest untermauern können.

Wie oft kann ich eine Reha in Anspruch nehmen?

Grundsätzlich können Sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation alle vier Jahre in Anspruch nehmen. Es sind aber Ausnahmen möglich, wenn eine vorzeitige Reha aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall notwendig ist.



*UPD – Die kostenlose Patientenauskunft für Deutschland im Serviceüberblick*

Die Beratung der UPD ist über kostenfreie Rufnummern wie folgt erreichbar: Beratung in deutscher Sprache, Rufnummer: 0800 011 77 22, Zeiten: montags bis freitags von 8.00 bis 22.00 Uhr und samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr. Fremdsprachige Angebote: Beratung Türkisch, Rufnummer: 0800 011 77 23, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; Beratung Russisch, Rufnummer: 0800 011 77 24, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; Beratung Arabisch, Rufnummer: 0800 332 212 25, Zeiten: dienstags 11.00 bis 13.00 Uhr und donnerstags 17.00 bis 19.00 Uhr.

Der Beratungs-Service vor Ort oder im UPD Beratungsmobil kann nach telefonischer Terminabstimmung unter der kostenfreien Telefonnummer 0800 011 77 25 genutzt werden. Die Adressen der 30 Vor-Ort-Beratungsstellen sowie eine Übersicht über die rund 100 Städte, in denen das Beratungsmobil Halt macht, sind im Internet zu finden. Informationen zu weiteren Beratungsmöglichkeiten zum Beispiel per Post oder online finden Sie ebenfalls unter: [www.patientenberatung.de](http://www.patientenberatung.de).

Wichtiger Hinweis: Bitte schicken Sie per Post ausschließlich Kopien, keine Originale. Nach der Bearbeitung eines Anliegens werden Dokumente aus Datenschutzgründen vernichtet; ein Rückversand ist somit nicht möglich.

Impressum

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH  
Tempelhofer Weg 62 | 12347 Berlin  
ViSDP: Thorben Krumwiede