



Medizinische Rehabilitation

Im Alltagsleben so gut wie möglich wieder zurechtkommen – das ist das Ziel. Bei vielen Krankheiten und medizinischen Eingriffen sind anschließende Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation unverzichtbar, um die körperliche, berufliche und soziale Leistungsfähigkeit der Patienten wiederherzustellen. Sie sind deshalb Pflichtleistungen verschiedener Sozialversicherungsträger, darunter die gesetzlichen Krankenkassen. Das umfasst auch die Rehabilitation für ältere Menschen, die sogenannte geriatrische Rehabilitation bei mehreren behandlungsbedürftigen Krankheiten. Die Voraussetzung für jede Rehabilitationsmaßnahme ist ihre medizinische Notwendigkeit. Ziel ist es, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder diese zu beheben. Die Maßnahmen helfen bei der Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und ermöglichen bzw. erleichtern damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Rehabilitationsmaßnahmen befähigen Patienten außerdem, durch Verhaltensänderungen künftig selbstständig akute Krankheitszustände zu vermeiden und chronische Störungen zu begrenzen.

Eine medizinische Rehabilitation kann ambulant oder stationär erfolgen. Bei der ambulanten Rehabilitation erhalten Sie die Behandlung wohnortnah und bleiben zu Hause wohnen. Bei der stationären Rehabilitation bleiben Sie auch nachts und am Wochenende in der Reha-Einrichtung. Generell gilt, dass ambulante Maßnahmen Vorrang vor stationären Maßnahmen haben.

Wer ist für Rehabilitationsleistungen zuständig?

Medizinische Rehabilitationsleistungen sind Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass andere Leistungsträger – die Rentenversicherung oder die Unfallversicherung – zuständig sind. In diesem Fall gilt es, den sogenannten Vorrang anderer Rehabilitationsträger zu beachten. Behandlungen, die der Wieder-

herstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Wiedereingliederung ins Berufsleben dienen, übernimmt die Rentenversicherung. Die Unfallversicherung zahlt Rehabilitationsleistungen, wenn diese ursächlich nach einem Unfall am Arbeitsplatz notwendig geworden sind. Die Krankenversicherung finanziert Leistungen, wenn diese erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern, sofern die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist. Sie ist auch zuständig, wenn es darum geht, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Wie beantrage ich eine Maßnahme zur Rehabilitation?

Wenn Sie eine Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen möchten, sprechen Sie als Erstes mit Ihrem Arzt. Er muss bestätigen, dass eine Rehabilitationsleistung medizinisch notwendig ist. Anschließend reichen Sie den Antrag für eine Reha-Maßnahme bei Ihrer Krankenkasse ein, die über die Bewilligung entscheidet. Oftmals ist nach einer Operation oder nach einem Krankenhausaufenthalt wegen einer schweren Erkrankung – beispielsweise nach einem Herzinfarkt, einer Hüftoperation oder einer Tumorerkrankung – eine direkte Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung notwendig. Um den nahtlosen Übergang von der Krankenhaus- in die Anschlussbehandlung zu gewährleisten, sollte der Antrag hierfür bereits im Krankenhaus gestellt werden. Sprechen Sie deshalb frühzeitig mit dem behandelnden Arzt oder mit dem Sozialdienst der Klinik. Wenn sich nach dem Krankenhausaufenthalt ambulante Maßnahmen wie beispielsweise eine Bestrahlung oder Chemotherapie anschließen, leitet der hier behandelnde Arzt, also etwa ein niedergelassener Onkologe, die Anschlussheilbehandlung ein.

Diese muss spätestens 14 Tage nach dem letzten Behandlungstermin beginnen.

Zuzahlungen für Rehabilitationsmaßnahmen

- Alle Patienten über 18 Jahre müssen Zuzahlungen leisten.
- Zuzahlung von zehn Euro am Tag bei stationärer Vorsorge und Rehabilitation
- Zuzahlungsbegrenzung auf 28 Tage. Hierbei werden bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen angerechnet.
- Persönliche Zuzahlungsgrenze: zwei Prozent des Bruttoeinkommens oder ein Prozent bei schwerwiegender chronischer Erkrankung

Spezielle Rehabilitationsleistungen für bestimmte Gruppen

Gerade ältere Menschen möchten lieber in ihrer vertrauten Umgebung wieder „fit“ werden, statt in eine Reha-Klinik oder in ein Pflegeheim zu gehen. Mobile Reha-Teams machen das möglich. Die Therapeuten besuchen und behandeln Patienten zu Hause in ihrem gewohnten Umfeld. Weiterhin gibt es spezielle Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder sowie sogenannte Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen.

Wie lange/wie oft kann ich Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen?

Stationäre Rehabilitationsleistungen dauern in der Regel drei Wochen. Bei medizinischer Notwendigkeit können Sie einen Antrag auf Verlängerung stellen. Die Regeldauer stationärer Rehabilitationsmaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt vier bis sechs Wochen. Ambulante Rehabilitationsleistungen dauern maximal 20 Behandlungstage. Eine Wiederholung von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist nach vier Jahren möglich. Wenn gesundheitliche Gründe eine Wiederholung jedoch vorher dringend nötig machen, kann ein Antrag für die Reha-Maßnahme gestellt werden.

Die Rehabilitationseinrichtung Ihrer Wahl

Sie können Ihrer Krankenkasse Ihre Wünsche bezüglich einer bestimmten Reha-Einrichtung mitteilen. Wenn diese Ein-

richtung nach medizinischen Gesichtspunkten geeignet ist und Ihre Wünsche Ihrer persönlichen Lebenssituation, Ihrem Alter, der Familie oder religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen Rechnung tragen, hat die Krankenkasse diesen Wünschen zu entsprechen. Bei der Entscheidung über die Einrichtung sind natürlich auch Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen.

Etwas anderes gilt für Einrichtungen, die mit der Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag haben: Solche Einrichtungen können Sie ohne besondere Begründung wählen. Ist die von Ihnen gewählte Einrichtung allerdings teurer, müssen Sie in diesen Fällen die Mehrkosten selbst tragen.

WEITERFÜHRENDE INFOS

- Umfassende Informationen zum Thema Rehabilitation und Kliniksuche bietet die gesetzliche Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de).
- Ein Verzeichnis von stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation können Sie für 5 Euro bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de) bestellen: Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main, Telefon 069/60 50 18-0
- Eine Übersicht über Reha-Kliniken finden Sie auf www.reha-hospital.de, einem Service der AOK Bayern.
- Auf der Homepage www.Rehaklinik.com des Arbeitskreises Gesundheit können Sie Ihre Suche zusätzlich um Krankheitsbilder ergänzen.

Diese Information wird Ihnen überreicht von:

Impressum

Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Kommunikationsstab, 11055 Berlin **V.i.S.d.P.** Tobias Martin
Gestaltung: A&B One **Druck:** Silber Druck oHG

INFOANGEBOTE

Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Sie können im E-Mail-Abonnement bezogen werden: www.bmg-gp.de

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

Newsletter

Der Newsletter informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter www.bmg-gp.de

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des BMG erreichen Sie Mo. bis Do. 8–18 Uhr und Fr. 8–12 Uhr. Der Anruf ist kostenpflichtig, es gilt ein Festpreis von 14 c/min aus den deutschen Festnetzen und max. 42 c/min aus den Mobilfunknetzen: **0 18 05 / 99 66-02**

Publikationsverzeichnis

Das Publikationsverzeichnis des BMG können Sie unter Angabe der Bestellnummer BMG-G-07014 kostenlos anfordern: publikationen@bundesregierung.de

Internet

Alle aktuellen Informationen des Bundesgesundheitsministeriums finden Sie auf www.bundesgesundheitsministerium.de