

Der Weg zu Ihrer Rehabilitation 2.1

bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung



 **Hinweis:** Ein versehentlich an den falschen Kostenträger eingereichter Antrag muss vom Empfänger an den richtigen weitergeleitet werden!

Das **Online-Klinikverzeichnis** des Arbeitskreis Gesundheit e.V. mit Informationen zu Therapieangeboten und Alleinstellungsmerkmalen, die eine Wunschklinik begründen können, finden Sie auf www.arbeitskreis-gesundheit.de. Wir bieten Rat Suchenden auch eine kostenfreie Telefonberatung. Sie erreichen uns montags bis donnerstags von 8.00 – 18.00 Uhr und freitags von 8.00 – 17.00 Uhr.

Der Weg zu Ihrer Rehabilitation 2.1

bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

1. Anschlussheilbehandlung (AHB)

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussrehabilitation schließt sich direkt, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen an den Krankenhausaufenthalt an. Die Notwendigkeit wird vom Krankenhausarzt festgestellt, der Sozialdienst des Krankenhauses ermittelt den zuständigen Kostenträger und erledigt das Antragsverfahren. Die Zuzahlung des Patienten beträgt täglich 10 Euro, die Befreiungstatbestände sind zu beachten.

2. Medizinische Rehabilitation/Heilverfahren

Eine medizinische Rehabilitation (§§ 26 f. SGB IX) verfolgt den Zweck,

- die Folgen einer Krankheit zu beseitigen oder zu mildern,
- die Erwerbsfähigkeit zu fördern, indem Einschränkungen vermieden, gemindert oder der vorzeitige Bezug von Sozialleistungen vermieden wird.

Die Leistung soll geeignet sein, den Gesundheitszustand im vorgenannten Sinne positiv zu beeinflussen. Regeldauer sind drei Wochen. Verlängerungen sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich. Die Deutsche Rentenversicherung verwendet das Formular G100, den Krankenkassen wird der Rehabilitationswunsch vom behandelnden Arzt mit dem Formular 61 mitgeteilt. Jeder Vertragsarzt darf seit dem 1. April 2016 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen, ohne hierfür eine besondere Qualifikation vorweisen zu müssen. Die Zuzahlung des Patienten beträgt täglich 10 Euro, die Befreiungstatbestände sind zu beachten.

3. Kinderrehabilitation

Ziel der Kinderrehabilitation ist eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit des Kindes, bei Vorliegen einer Gesundheitsgefährdung oder wenn Folgeerscheinungen einer Erkrankung die spätere Erwerbstätigkeit gefährden. Typischerweise ist dies bei Erkrankungen der Atemwege, der Haut, des Herz-Kreislaufsystems, der inneren Organe, des Stoffwechsels und des Bewegungsapparates (Orthopädie) der Fall. Außerdem sind Allergien, neurologische Erkrankungen, psychosomatische und psychomotorische Störungen, Verhaltensstörungen und Übergewicht Indikationen, die im Rahmen einer Kinderrehabilitation behandelt werden. Regeldauer sind vier Wochen. Verlängerungen sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich. Zusätzlich zum Leistungsumfang können die Unterbringungskosten einer Begleitperson erstattet werden. Von der DRV werden die Kosten für An- und Abreise, Unterbringung und Arbeitsausfall für ein begleitendes Elternteil bis zu einem Kindesalter von einschließlich 9 Jahren übernommen. Gesetzliche Krankenkassen bewilligen eine Begleitung der jungen Patienten i.d.R. bei Kindern bis zu 12 Jahren. In medizinisch begründeten Einzelfällen ist die Übernahme einer Begleitperson bei beiden Kostenträgern auch bei älteren Kindern möglich. Bei der Rehabilitation von Kindern fällt regelmäßig keine kalendertägliche Zuzahlung an.

4. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/Kur

Vorsorgeleistungen und Kuren sollen die Entstehung von Krankheiten verhüten. Darunter fallen auch Maßnahmen der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter, sogenannte Mutter-/Vater-Kind-Kuren. Kostenträger ist regelmäßig die

gesetzliche Krankenversicherung, in Ausnahmefällen auch die private Krankenversicherung. Mutter-/Vater-Kind-Kuren erfolgen i.d.R. stationär.

Der volljährige Patient muss wie bei der medizinischen Rehabilitation grundsätzlich eine kalendertägliche Zuzahlung in Höhe von 10 Euro leisten und kann bei Erreichen der Überforderungsgrenze befreit werden. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden keine Zuzahlungen erhoben.

Die Vorsorgekur ist mittlerweile Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Während einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme haben Sie unter Umständen Anspruch auf Unterstützung durch eine Haushaltshilfe, wenn ein Kind unter 12 Jahren in Ihrem Haushalt lebt und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Die Fahrtkosten zur Vorsorgeklinik werden erstattet. Während der Vorsorgekur müssen Sie keinen Urlaub nehmen, Sie erhalten in diesem Zeitraum Entgeltfortzahlung.

5. Vorsorgeheilbehandlung/Kur

Vorsorgeleistungen und Kuren sollen die Entstehung von Krankheiten verhüten. Unter diese Vorsorgekuren fallen auch Maßnahmen der medizinischen Vorsorge. Es gilt der Grundsatz: „ambulant vor stationär“.

Der volljährige Patient muss wie bei der medizinischen Rehabilitation grundsätzlich eine kalendertägliche Zuzahlung in Höhe von 10 Euro leisten und kann bei Erreichen der Überforderungsgrenze befreit werden. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden keine Zuzahlungen erhoben.

Die Fahrtkosten zur Vorsorgeklinik werden erstattet. Während der Vorsorgekur müssen Sie keinen Urlaub nehmen, Sie erhalten in diesem Zeitraum Entgeltfortzahlung.

6. i.d.R. Krankenversicherung, DRV oder Unfallversicherung

Regelmäßig ist die gesetzliche Krankenversicherung bzw. die zuständige Rentenversicherung zuständig, das heißt sie bezahlt die Maßnahme und an sie ist der Antrag zu richten (Kostenträger).

Bei der Anschlussheilbehandlung mit Kostenträger Rentenversicherung ist die Zuzahlung auf 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt. Der Kostenträger der Rehamaßnahme sollte über die vom Patienten im Kalenderjahr bereits geleisteten Zuzahlungen informiert werden und es sollte geklärt werden, welche davon Berücksichtigung finden können. Detaillierte Informationen über Zuzahlungsmodalitäten und Befreiungsmöglichkeiten finden Sie auf dem Antragsformular G160 der Deutschen Rentenversicherung.

Bei der gesetzlichen Krankenversicherung ist in der Regel bis zu 28 Tage im Jahr Zuzahlung zu leisten. Um eine unzumutbare finanzielle Belastung des Patienten zu vermeiden, gibt es bei der gesetzlichen Krankenversicherung eine Belastungsobergrenze von 2% des Bruttoeinkommens (bei chronisch Kranken 1% des Bruttoeinkommens). Die Berechnung erfolgt in einem speziellen Verfahren. Nähere Informationen hierüber erteilt die Krankenkasse.

7. Deutsche Rentenversicherung (DRV)

„Reha vor Rente“: Die gesetzliche Rentenversicherung führt unter dieser Bezeichnung Leistungen mit dem Ziel durch, eine

erheblich gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen, zumindest aber eine Verschlechterung abzuwenden. Anspruch besteht alle vier Jahre, außer eine Rehabilitation ist schon vor Ablauf der Vier-Jahresfrist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. DRV und GKV sind bei Kindern gleichermaßen zuständig.

8. Gesetzliche Krankenversicherung (Heilverfahren)

„Reha vor Pflege“: Der Grundsatz will sicherstellen, dass der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit verhindert wird oder eine bereits bestehende Pflegebedürftigkeit überwunden, gemindert oder ihre Verschlimmerung verhütet wird. DRV und GKV sind bei Kindern gleichermaßen zuständig.

9. Heilung bestimmter Indikationen

Eine AHB wird nach folgenden Indikationen genehmigt:

- Herz-Kreislaufkrankungen,
- Gefäßkrankungen,
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen,
- generative rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen,
- gastroenterologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen,
- Stoffwechselerkrankungen,
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen,
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operation an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata,
- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operation an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven,
- onkologische Erkrankungen,
- gynäkologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen.

10. Allgemeine medizinische Voraussetzungen

Die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung einer Reha liegen vor, wenn die Rehabilitation geeignet ist,

- Krankheiten zu erkennen, zu heilen,
- die Verschlimmerung einer Krankheit zu vermeiden,
- die Beschwerden einer Krankheit zu lindern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende Behinderung zu beseitigen, zu verbessern
- die Verschlechterung einer Behinderung zu vermeiden,
- eine Pflegebedürftigkeit zu verringern oder den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Voraussetzung der Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist weiterhin, dass ambulante Maßnahmen nicht ausreichend oder geeignet sind, die o.g. Ziele zu erreichen, wenn die ambulante Behandlungsschiene erschöpft ist, geeignete ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht bestehen oder für Sie nicht erreichbar sind.

Im Rahmen der Antragstellung für eine RehaMaßnahme wird Ihr Arzt daher Ihre Rehabilitationsbedürftigkeit, Ihre Rehabilitationsfähigkeit und die positive Rehabilitationsprognose prüfen. Er wird hierzu beurteilen, ob die angedachte Rehabilitation in Ihrem konkreten Fall geeignet und auch notwendig ist, um die vorgenannten Ziele zu erreichen. Dies ist dann der

Fall, wenn Sie aufgrund Ihrer Verfassung die notwendige Motivation und Belastbarkeit zur Durchführung der Rehabilitation besitzen und eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit für den medizinischen Erfolg der Rehabilitation im notwendigen Zeitraum bestehen.

11. Persönliche Voraussetzungen

Die Vorsorgekur ist mittlerweile Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung und wird bei Erfüllung der genannten Voraussetzungen gewährt.

12. Entfernung AHB-Klinik

Die AHB-Klinik sollte wegen der Besonderheit des Verfahrens möglichst in einem Umkreis von 100 km liegen. Der Transport des Patienten zu weiter entfernten Kliniken ist wegen des frisch operierten Zustandes des Patienten oft medizinisch nicht vertretbar.

13. Beste Klinik & Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 8 SGB IX

Sowohl für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) als auch für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gilt: Bei Zuweisung einer Klinik ist in erster Linie die medizinische Eignung für das Krankheitsbild des Patienten und für das Erreichen des Reha-Zieles vom zuständigen Kostenträger zu berücksichtigen. Danach spielt das sogenannte Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX), das jeder Patient im Einzelfall für sich ausüben kann, eine Rolle. Aus diesem ergibt sich die zusätzliche Verpflichtung der Kostenträger, bei der Klinikauswahl den berechtigten Wünschen der Versicherten zu entsprechen. Darunter versteht man vor allem besondere persönliche Lebensumstände, Alter und Geschlecht sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse. Ein Unterschied zwischen den Kostenträgern DRV und GKV ist, dass jeder GKV-Patient nach § 40 Abs. 2 SGB V einen Rechtsanspruch auf seine medizinisch geeignete Wunsch-klinik hat, jedenfalls gegen Mehrkostenerstattung. Für begründete Klinikwünsche dürfen Krankenkassen keine Übernahme von Mehrkosten durch ihre Versicherten verlangen. Dies ist nur möglich, wenn sich die Wunschklinik ausschließlich anhand persönlicher Belange begründen lässt, bspw. besonders komfortabler Zimmerausstattung. Aber auch dann dürfen die Mehrkosten nur in Höhe der Differenzkosten zwischen zugewiesener und Wunschklinik erhoben werden. Der Patient sollte eine genaue Aufschlüsselung der Mehrkosten verlangen, da diese erfahrungsgemäß deutlich überhöht sind.

Der DRV-Patient kann seine medizinisch geeignete Wunschklinik nur bei Vorliegen von wichtigen persönlichen Lebensumständen durchsetzen.

14. Wunschklinik Vorsorge / Kur

Die Formulierung Wunsch- und Wahlrecht suggeriert, dass der Patient ein alleiniges Entscheidungsrecht über die Klinik habe. Obwohl dies unzutreffend ist, hat der Patient maßgeblichen Einfluss auf die Auswahl der Klinik, in der die Vorsorgemaßnahme stattfindet. Nach § 33 SGB I soll der Kostenträger Wünf-

schen des Patienten bei der Klinikauswahl folgen, sofern diese angemessen und medizinisch sinnvoll sind. Sofern die Klinik medizinisch (besser) geeignet ist und über einen Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V verfügt, haben Sie gute Chancen, Ihre Wunschklinik auch gegen einen anderen Vorschlag der Krankenversicherung ohne Mehrkosten durchzusetzen.

15. Ablehnung der beantragten Maßnahme durch telefonische Auskunft

Der Patient sollte in so einem Fall den Kostenträger ausdrücklich zur Zustellung einer „rechtsmittelfähigen Entscheidung“ auffordern. Ziel ist es, dass der Kostenträger einen rechtsmittelfähigen Bescheid erlässt, der sich mit den medizinischen Aspekten für die Wunschklinik und den wichtigen persönlichen Lebensumständen des Patienten auseinandersetzt.

Musterschreiben hierfür finden Sie auf der Webseite des Arbeitskreis Gesundheit.

16. Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Es wird immer wieder berichtet, dass Kostenträger nicht ordnungsgemäß mit Anträgen umgehen. Wenn der Kostenträger den Antrag ablehnt, notieren Sie sich unbedingt den Eingang dieses Schreibens. Der Zeitpunkt, in dem Ihnen die ablehnende Entscheidung des Kostenträgers zugeht, setzt die Rechtsmittelfrist, also den Zeitraum, in dem Sie sich gegen die Entscheidung zur Wehr setzen können, in Gang. In der Regel finden Sie die Widerspruchsfrist gegen den ablehnenden Bescheid am Ende des Schreibens. Binnen des angegebenen Zeitraums (i.d.R. ein Monat) können Sie gegen die Entscheidung Widerspruch einlegen. Halten Sie die Widerspruchsfrist zwingend ein. Da sich ablehnende Entscheidungen oft auf Entscheidungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berufen, sollten Sie im Wege der Akteneinsicht Auskunft über das MDK-Gutachten verlangen, damit Sie sich zusammen mit Ihrem Arzt medizinisch mit dem MDK-Gutachten auseinandersetzen können. Immer wieder verschicken Kostenträger Ablehnungen ohne eine solche Rechtsmittelbelehrung. Die Betroffenen wissen oft nicht, wie Sie hiergegen vorgehen sollen. Es empfiehlt sich, den Kostenträger ausdrücklich zur Zustellung einer „rechtsmittelfähigen Entscheidung“ aufzufordern. Musterschreiben hierfür finden Sie auf der Webseite des Arbeitskreis Gesundheit.

Bei der Krankenkasse DAK hat sich eine besondere Problematik herauskristallisiert: die Krankenkasse erlässt nicht nur keinen rechtsmittelfähigen Bescheid mehr, zusätzlich fordert sie die Patienten gehäuft dazu auf, dass sie in Vorleistung für die beantragte Rehabilitationsmaßnahme gehen. Hier sollten Patienten nicht nur auf einen Bescheid, sondern auch auf eine Kostenübernahme gemäß des Sachleistungsprinzips der GKV bestehen. Passende Musterschreiben finden Sie ebenfalls auf der Website des Arbeitskreis Gesundheit.

17. Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Gegen die ablehnende Entscheidung müssen Sie regelmäßig Widerspruch einlegen. Sofern Ihr Widerspruch gut begründet ist, geben die Kostenträger in vielen Fällen nach und gewähren die begehrte Maßnahme. Bei der Begründung des Wider-

spruchs müssen Sie sich inhaltlich mit der ablehnenden Entscheidung auseinandersetzen. Oft kränken die ablehnenden Entscheidungen daran, dass

- behauptet wird, ambulante Maßnahmen würden ausreichen, ohne dies zu begründen und ohne sich mit der von Ihrem Arzt festgestellten stationären Behandlungsbedürftigkeit auseinanderzusetzen,
- pauschal auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen wird, die in Wirklichkeit nicht bestehen und auch nicht von der Krankenkasse benannt sind, oder die zwar bestehen, aber in Ihrem Fall nicht geeignet sind, weil die ambulante Behandlung keinen Erfolg gebracht hat,
- die von Ihnen vorgeschlagene Klinik ablehnen, ohne sich ordnungsgemäß mit Ihrem Wunsch- und Wahlrecht auseinanderzusetzen. Insbesondere darf die von Ihnen vorgeschlagene Klinik, sofern Sie medizinisch besser geeignet ist, nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass Ihr Kostenträger einen Vertrag mit einer anderen Klinik habe, eine andere Klinik günstiger sei etc.
- die Einweisung in Ihre Wunschklinik von einer Zuzahlung abhängig gemacht wird.

Neben der form- und fristgerechten Erhebung des Widerspruchs sind bei der Durchsetzung der Rechte im Widerspruchsverfahren Durchsetzungsvermögen, Hartnäckigkeit und Fingerspitzengefühl nützlich, da der Klageweg viel Zeit in Anspruch nimmt, wenn dem Begehren nicht schon durch den Widerspruch abgeholfen wird.

In Sonderfällen kann der Anspruch im einstweiligen Rechtsschutz gerichtlich durchgesetzt werden, wenn z. B. durch die Nichtgewährung der Maßnahme eine konkrete Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten droht.

18. Klage

Für eine Klage gegen die ablehnende Entscheidung des Kostenträgers unbedingt einen für diese Fälle kompetenten Rechtsanwalt einschalten (im Medizin- bzw. Sozialrecht versiert).

19. Genehmigungsfiktion

Lässt sich der Kostenträger länger als zwei Monate für die Entscheidung über den Rehaantrag Zeit, so gilt dieser grundsätzlich als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Die Genehmigungsfiktion tritt nicht ein, wenn gegenüber dem Patienten bis zum Ablauf dieser Frist die gesetzlich genannten Gründe für die Verzögerung in schriftlicher Form (Brief) dargelegt werden (§ 18 Abs. 1 u 3 SGB IX) oder sich der Antrag auf eine Leistung bezieht, die offensichtlich nicht zum gesetzlichen Leistungskatalog gehört (z.B. Urlaub auf Mallorca).

Es ist dem Patienten nun möglich, die beantragte Leistung selber zu beschaffen und die Kosten dafür – und für weiteren Aufwand, der ohne die Selbstbeschaffung bei Ihnen nicht angefallen wäre – erstattet zu bekommen. Darüber informieren Sie Ihren Kostenträger oder verlangen nun unter Bezugnahme auf die Genehmigungsfiktion einen genehmigenden Bescheid. Vor einer Selbstbeschaffung sollte sich der Patient unbedingt fachkundig (Arbeitskreis Gesundheit, Anwalt, UPD) beraten lassen!