
Mehr Informationen:

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD):
www.patientenberatung.de
Telefon: 0800 011 77 22 (gebührenfrei),
montags bis freitags 8–22 Uhr, samstags 8–18 Uhr

Weitere Hinweise finden Sie unter:

www.bmg.bund.de

Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit

www.gesundheitsinformation.de

Mit gesundheitsinformation.de erfüllt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einen Teil seines gesetzlichen Auftrages zur Aufklärung der Öffentlichkeit in gesundheitlichen Fragen. Es informiert über Rehabilitation bei bestimmten Erkrankungen.

www.gkv-spitzenverband.de

Internetseite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Dort finden Sie Richtlinien und Vereinbarungen zu Rehabilitationsleistungen.

www.patienten-information.de

Gemeinsames Informationsangebot der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Impressum:

Herausgeber:
Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten
Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MdB
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

E-Mail: patientenrechte@bmg.bund.de
www.patientenbeauftragte.de

Service-Telefon Ihrer Krankenkasse:

Die meisten gesetzlichen Krankenkassen informieren umfassend über medizinische sowie gesundheitsrechtliche Fragen und haben entsprechende telefonische Service-Nummern eingerichtet. Diese finden Sie in Ihren Versicherungsunterlagen oder auf der Internetseite Ihrer Krankenkasse.

Bürgertelefon:

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr sowie am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Nummern:

Bürgertelefon zur Krankenversicherung: +49 (0)30 340 60 66-01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung: +49 (0)30 340 60 66-02

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention:

+49 (0)30 340 60 66-03

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte:

Fax: +49 (0)30 340 60 66-07

ISDN-Bildtelefon: +49 (0)30 340 60 66-08

E-Mail: info.gehoerlos@bmg.bund.de



Die Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten



Leistungen der medizinischen Rehabilitation

der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

im Alltag so gut wie möglich wieder zurechtzukommen ist das Ziel der medizinischen Rehabilitation. Hierauf haben alle Versicherten der GKV (gesetzliche Krankenversicherung) Anspruch. Voraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit.

Immer wieder erreichen mich Fragen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten, die mir zeigen, dass es beim Thema Rehabilitation Informationslücken gibt: Wie stelle ich einen Antrag? Was tue ich, wenn dieser abgelehnt wird? Kann ich mir die Einrichtung selbst aussuchen?

Daher möchte ich Ihnen als Patientenbeauftragte der Bundesregierung mit diesem Flyer einige wichtige Informationen und hilfreiche Tipps rund um das Thema Rehabilitation in der GKV mit auf den Weg geben.

Eine gute Genesung wünscht Ihnen

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MdB

Anspruch für alle

§ Der Anspruch auf Rehabilitation gilt für alle Versicherten, auch für Rentnerinnen und Rentner, mitversicherte Ehepartnerinnen und -partner, Jugendliche und Kinder, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

💡 Fragen Sie Ihre Krankenkasse nach Antragsformularen. Die medizinische Begründung der Reha erhalten Sie von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt. Dabei können Kosten entstehen, die Sie selbst tragen müssen.

Ambulant oder stationär

§ Eine Reha kann ambulant z. B. an Ihrem Wohnort oder stationär durchgeführt werden. Es gilt grundsätzlich „ambulant vor stationär“.

💡 Ihre Ärztin oder Ihr Arzt empfiehlt die Art der Reha. Sprechen Sie mit ihr oder ihm über die jeweiligen Vor- und Nachteile.

Vorsorgeleistungen

§ Ihnen steht auch Reha als Vorsorgeleistung zu, wenn dadurch eine drohende Krankheit oder Pflegebedürftigkeit abgewendet werden kann.

💡 Warten Sie nicht, bis nichts mehr geht. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt oder mit Ihrer Krankenkasse über die Möglichkeiten einer solchen Reha.

Widerspruch und Klage

§ Lehnt die Krankenkasse Ihren Reha-Antrag ab, können Sie innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen. Und nach Ablehnung des Widerspruchs klagen, ohne dass Ihnen dadurch Kosten entstehen.

💡 Prüfen Sie Ablehnung und Begründung gründlich mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Reha – wie häufig?

§ Eine Reha ist nur alle vier Jahre möglich. Sie kann jedoch früher wiederholt werden, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist.

💡 Fragen Sie Ihre Krankenkasse, welche Bedingungen erfüllt sein müssen.

Wahlrecht

§ Bei der Auswahl der Einrichtung müssen Ihre Wünsche von der Krankenkasse berücksichtigt werden.

💡 Sie müssen sich nicht an den Vorschlag Ihrer Krankenkasse halten. Gegebenenfalls müssen Sie dann aber die Mehrkosten tragen.

Zuzahlungsbefreiung

§ Für eine Reha müssen Sie zuzahlen: zehn Euro pro Tag; bei einer Anschlussrehabilitation für maximal 28 Tage.

💡 Ab der Belastungsgrenze von zwei Prozent Ihres jährlichen Bruttoeinkommens oder einem Prozent bei chronisch Kranken können Sie sich bei Ihrer Krankenkasse von Zuzahlungen befreien lassen.

Beratung durch die Krankenkasse

§ Die Krankenkassen sind auch bei Reha-Maßnahmen gesetzlich verpflichtet, ihre Versicherten umfassend zu beraten.

💡 Klären Sie alle offenen Fragen zur Reha mit Ihrer Krankenkasse und bitten Sie gegebenenfalls um Hilfe beim Ausfüllen des Antrags.

Eltern-Kind-Reha

§ Mütter und Väter haben Anspruch auf eine Kur mit ihrem Kind, z. B. bei Krankheit, Überforderung, Erziehungsproblemen oder Partnerschaftskonflikten. Hier gilt „ambulant vor stationär“ nicht.

💡 Eltern-Kind-Reha gibt es bis zum Alter von zwölf Jahren. Für Kinder mit Behinderungen gibt es keine Altersgrenze.

Reha für pflegende Angehörige

§ Pflegende Angehörige haben einen direkten Anspruch auf eine stationäre Reha.

💡 Die pflegebedürftige Person kann gleichzeitig in der Reha-Einrichtung betreut werden. Andernfalls müssen Kranken- und Pflegekasse die Betreuung organisieren.