



Patientenleitfaden zum Antrag einer Rehabilitationsmaßnahme

Ihnen wurde von uns eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen und ein entsprechendes Antragsformular mitgegeben (gelbes Formular, Muster 61 Teil A), außer ihr Kostenträger ist die gesetzliche Krankenkasse.

Dieses muss nun von Ihnen bei Ihrer Krankenkasse eingereicht werden, damit der entsprechende Kostenträger ermittelt werden kann.

1.) Kostenträger ist die Krankenkasse

Mit der Neufassung der Rehabilitations-Richtlinie können wir für Sie eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Kranken-Versicherung verordnen. Dafür nutzen wir das Formular 61 Teil B-D, welches dann von unseren Ärzten ausgefüllt und an Ihre Krankenkasse geschickt wird. Somit ist die Maßnahme jetzt ärztlich beantragt und die Bearbeitungszeit beträgt dann im Schnitt noch 3-4 Wochen, bis Sie eine Genehmigung oder Ablehnung erhalten. Es kann durchaus sein, dass der MDK, über unser ärztliche Attest hinaus, Sie noch zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha Maßnahme zu prüfen oder Sie von Ihrer Kasse noch einen ausführlichen Anamnesebogen zum Ausfüllen erhalten. Bitte geben Sie bei uns immer deutlich an, ob Sie eine stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme wünschen. Im Falle einer Ablehnung haben Sie die Möglichkeit einen formlosen Widerspruch bei Ihrer Krankenkasse einzulegen. Damit wir den Widerspruch unterstützen können, lassen Sie uns bitte das Ablehnungsschreiben der Krankenkasse zukommen, damit wir entsprechend reagieren können.

2.) Kostenträger ist die Rentenversicherung Westfalen – Münster:

Die Krankenkasse sollte Ihnen nach Einreichung des Musters 61 A eine Liste von Gutachtern aushändigen oder Sie können selbst im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de (Rente & Reha > Rehabilitation > Grundlagen > Reha-Gutachter) die Gutachterliste einsehen,

Wirbelsäulenzentrum Bielefeld
An der Rosenhöhe 31
33647 Bielefeld

Christoph P. Schede
Leitung Wirbelsäulenzentrum

Dr. med. Viet Phuong Tran
Oberarzt

Fachärzte für Neurochirurgie

☎ 0521 9875700

📄 0521 98758517

✉ info@wsz-bielefeld.de

🌐 www.wsz-bielefeld.de

Wirbelsäulenzentrum zertifiziert
nach DIN EN ISO 9001:2008
Z-Nr. 44 100 100 7261

bei dem Sie dann bitte einen Termin zur Vorstellung vereinbaren müssen. Achtung wir können für Sie den ärztlichen Befundbericht DRV Westfalen nicht ausfüllen, denn unsere Ärzte sind keine anerkannten Gutachter DRV.

Diese Gutachter sind dazu verpflichtet innerhalb von 14 Tagen eine Stellungnahme bezüglich der Genehmigung oder Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahme an die DRV Westfalen zu schreiben. Sie erhalten dann von der Rentenversicherung Westfalen Nachricht, ob die Maßnahme genehmigt oder abgelehnt wurde. Die Bearbeitungszeit beträgt hier auch im Schnitt 3-4 Wochen. Im Falle einer Ablehnung bleibt Ihnen die Möglichkeit formlos Widerspruch einzulegen und uns das Ablehnungsschreiben weiterzuleiten, damit wir diesen noch unterstützen können.

3.) **Kostenträger ist die Rentenversicherung Bund – Berlin:**

Die Krankenkasse händigt Ihnen nach Einreichung des Musters 61 A diverse Formulare (G0110, G0100) aus, die Sie ausfüllen müssen. Meist hilft Ihnen hierbei auch die Krankenkasse. Ihre komplett ausgefüllten Formulare und den ärztlichen Befundbericht für den behandelnden Arzt reichen Sie dann bitte bei uns der Praxis ein, damit wir diesen entsprechend komplettieren und dann direkt an die Rentenversicherung Bund weiterleiten können. Nach einer Bearbeitungszeit von ca. 3-4 Wochen erhalten Sie direkt Nachricht von der DRV Bund, ob eine Rehabilitationsmaßnahme genehmigt wurde oder nicht.

Das Ablehnungs- und Widerspruchsverfahren ist genau wie bei der Krankenkasse oder DRV Westfalen. Auch hier im Falle einer Ablehnung bleibt Ihnen die Möglichkeit formlos Widerspruch einzulegen und uns das Ablehnungsschreiben weiterzuleiten, damit wir diesen noch unterstützen können.

Sollte es aufgrund einer Ablehnung zu einer längeren Wartezeit kommen, bis Sie die Rehabilitationsmaßnahme antreten können, kann der Arzt in der Zwischenzeit auch eine berufliche Wiedereingliederung und/oder Rehasport beantragen – auch damit sich Ihre Arbeitsunfähigkeit nicht unnötig lange hinzieht. Sie müssen bis zum Antritt ihrer Reha nicht zwingend krankgeschrieben sein, da die Kostenzusage ein halbes Jahr gültig ist.

4.) **Kostenträger ist die Private Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle**

Bitte reichen Sie das Formular 61 A, sowohl bei der privaten Krankenversicherung, als auch bei der Beihilfestelle ein und erfragen das jeweils erforderliche Procedere. Die Beihilfestellen möchten in manchen Fällen zusätzlich eine ärztliche Bescheinigung, bitte sprechen Sie uns dazu gern an. Manche Versicherungen benötigen vorab einen Kostenvoranschlag für die Maßnahme, was dann entsprechend in der Rehaeinrichtung angefordert werden muss. Hier haben Sie die freie Wahl, ob stationär oder ambulant und in welcher Rehaklinik. Bei einigen Versicherungen kann die Rehamaßnahme auch noch als Anschlußheilbehandlung beantragt werden, wenn diese innerhalb von 4-6 Wochen angetreten werden kann. Im Falle einer Nachbehandlung einer Operation ist es ärztlicherseits gewünscht, dass die Maßnahme auf keinen Fall vor Ablauf der 4 Wochen beginnt, da Sie als Patient noch nicht voll belastungsfähig sind. Sollten Entlassbriefe/OP-Berichte für Ihre Versicherung notwendig sein, stellen wir diese selbstverständlich gern zur Verfügung.

Sollten Sie noch weitere Fragen zum Ablauf des Antrages haben, können Sie sich vertrauensvoll mit allen Fragen an unser Praxisteam wenden.