

## **Patientenleitfaden zum Antrag einer Rehabilitationsmaßnahme** **Kleine Hilfestellung – für einen reibungslosen Ablauf!**

### **1) Kostenträger ist die gesetzliche Krankenkasse:**

Ihnen wurde unsererseits eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen. Mit der Neufassung der Rehabilitations-Richtlinie können wir für Sie eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Dafür nutzen wir das Formular 61 Teil B-E, welches dann von unseren Ärzten ausgefüllt und an Ihre zuständige Krankenkasse weitergeleitet wird. Somit ist die Maßnahme ärztlich beantragt und die Bearbeitungszeit beträgt dann im Schnitt noch 3–4 Wochen, bis Sie eine Nachricht von Ihrer Krankenkasse erhalten. Es kann durchaus sein, dass der MDK, über unser ärztliche Attest hinaus, Sie noch zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Rehamaßnahme 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 und ob Sie vielleicht schon eine Wunschlinik ins Auge gefasst haben. Im Falle einer Ablehnung haben Sie innerhalb einer 4 Wochenfrist die Möglichkeit einen formlosen schriftlichen 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. Ein Widerspruch führt zu einer erneuten Prüfung und dann häufig zu einem positiven Ergebnis. Sollten Sie innerhalb der letzten 4 Jahre schon an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, sagen Sie uns bitte frühzeitig Bescheid, da die Krankenkasse nur in Ausnahmefällen eine erneute Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf der Wartezeit bewilligt.

### **2) Kostenträger ist die Deutsche Rentenversicherung:**

Ihnen wurde von uns eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen und ein entsprechendes Antragsformular mitgegeben (gelbes Kassenformular, Muster 61 Teil A). Dieses Formular muss nun von Ihnen schnellstmöglich bei Ihrer Krankenkasse eingereicht werden, damit Ihnen der AUD-Beleg (Liste von Vorerkrankungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten) ausgehändigt werden kann. Der nächste Schritt ist, uns Ihre entsprechende Rentenversicherung und Rentenversicherungsnummer mitzuteilen, damit wir für Sie den ärztlichen Befundbericht (Formular S0051) anfertigen können. Diesen leiten wir dann direkt an ihre zuständige Rentenversicherung weiter. Für eine schnelle Bearbeitung von Ihrem Teil des Antrages, stellen Sie diesen am besten zeitgleich online unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) Sie können Ihren Antrag dort jederzeit zwischenspeichern und Nachweise digital hochladen. Alternativ können Sie sich die diversen Formulare (G0110,G0100,G0115) auch in Papierform bei ihrer Krankenkasse aushändigen lassen.

Christoph P. Schede  
Leitung Wirbelsäulenzentrum

Dr. med. Viet Phuong Tran

Fachärzte für Neurochirurgie

An der Rosenhöhe 31  
33647 Bielefeld

Telefon 0521 9875700  
Fax 0521 98758517  
E-Mail [info@wsz-bielefeld.de](mailto:info@wsz-bielefeld.de)  
Internet [wsz-bielefeld.de](http://wsz-bielefeld.de)

Die deutsche Rentenversicherung ist für Ihren Antrag zuständig, wenn Sie erwerbstätig sind und Ihre Erwerbsfähigkeit infolge einer Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Auch Bezieher von Erwerbsminderungsrenten oder Arbeitssuchende wenden sich in den meisten Fällen zunächst an die Rentenversicherung. Erhält ein Reha-Träger einen Antrag von Ihnen, ist aber nicht der richtige Ansprechpartner, leitet er innerhalb von zwei Wochen Ihre Dokumente an den zuständigen Träger weiter.

Eine Reha ist nur dann erfolgreich, wenn die Behandlung genau auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt ist. Deshalb dürfen Sie in Ihrem Reha-Antrag Wünsche angeben, die der Träger bei seiner Entscheidung über den Antrag mitberücksichtigt. Achten Sie darauf, dass Ihre Wunsch-Einrichtung auch auf Wirbelsäulenerkrankungen spezialisiert ist. Sollte eine Reha-Klinik ungeeignet sein oder hat die Einrichtung keine freien Plätze mehr, darf der Reha-Träger Ihren Wunsch ablehnen und Alternativen vorschlagen. Einen Überblick erhalten Sie beispielsweise auf: [www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de)

In der Regel erhalten Sie innerhalb von vier Wochen eine Rückmeldung Ihrer Rentenversicherung. Bewilligen diese Ihren Antrag, können Sie die Reha zum festgelegten Termin antreten. Üblicherweise dauert eine Reha drei Wochen. Sollten Sie länger benötigen, entscheidet der zuständige Arzt der Reha-Einrichtung zusammen mit dem Reha-Träger über eine Verlängerung der Maßnahme.

Im Falle einer Ablehnung bleibt Ihnen die Möglichkeit formlos schriftlich Widerspruch innerhalb einer 4 Wochenfrist einzulegen und uns das Ablehnungsschreiben einzureichen, damit wir diesen noch mit einem ärztlichen Attest unterstützen können. Ein Widerspruch führt zu einer erneuten Prüfung und dann häufig zu einem positiven Ergebnis.

Bei einer stationären, sowie einer ambulanten Rehabilitation werden die Kosten vollständig übernommen, es bleibt Ihnen aber eine Eigenbeteiligung von 10 Euro pro Tag. Sie sind in der Regel während der gesamten Reha finanziell abgesichert. In den ersten sechs Wochen Ihrer Erkrankung zahlt Ihr Arbeitgeber einen Lohnersatz. Danach erhalten Sie vom zuständigen Träger eine finanzielle Unterstützung in Form von Übergangsgeld. Fragen Sie in der Rehaeinrichtung nach einer Aufenthaltsbescheinigung hierfür. Im Idealfall sind Sie am Ende der Reha wieder bereit für den Alltag und können an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Manchmal brauchen Sie aber auch nach einer Reha weitere Unterstützung, um langfristig gesund zu bleiben oder das erworbene Wissen im Alltag zu erproben. Das Reha-Team der Einrichtung informiert Sie daher über mögliche Nachsorge-Angebote und verschreibt Ihnen eine geeignete Maßnahme, wenn Sie diese benötigen. Oftmals kann es zudem einfacher sein, schrittweise ins Arbeitsleben zurückzukehren, um sich nicht überfordert zu fühlen und Stück für Stück in den Beruf zurückzufinden. Nach Abschluss der Rehabilitation ist es sinnvoll sich nochmal zu einem Abschlussgespräch mit Ihren Rehaentlassungsbericht bei uns vorzustellen.

Wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist, ist auch hier eine weitere Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf der vier Jahresfrist durchaus möglich.

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.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, können Sie sich vertrauensvoll an unser Praxisteam wenden.  
Wir wünschen Ihnen viel Erfolg in der Reha!