

Medizinische Rehabilitation > Antrag

1. Das Wichtigste in Kürze

Eine medizinische Reha muss meist von einem Arzt verordnet, vom Patient beantragt und vom zuständigen Kostenträger genehmigt werden. Näheres zur Zuständigkeit unter [Rehabilitation > Zuständigkeit](#). Arztbericht(e) und ein eigenes, persönliches Schreiben sind oft hilfreich. Wenn es gut begründet ist, können Patienten sich eine bestimmte Einrichtung oder einen bestimmten Reha-Ort wünschen.

Der **Leistungsumfang** bei Reha-Maßnahmen liegt **im Ermessen** des Trägers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt. Unter Umständen wird der Medizinische Dienst (MD) zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit herangezogen.

2. Beratung - Verordnung - Antrag

Möchte ein Patient eine medizinische Reha beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Seit 1.4.2016 können alle Vertragsärzte der Krankenkassen eine Rehabilitation verordnen.

Eine psychosomatische Reha oder eine Reha für psychisch kranke Menschen (RPK) kann auch von Vertragspsychotherapeuten verordnet werden. Dies gilt jedoch nur, wenn die Krankenkasse der Kostenträger dieser Leistung ist.

Eine [Anschlussreha](#) (Anschlussheilbehandlung) wird in der Regel zusammen mit dem Sozialdienst des Krankenhauses beantragt, in dem der Patient sich gerade befindet. Die Verlegung in die Reha-Einrichtung kann oft direkt erfolgen.

Vor der Verordnung muss der Arzt den Antragsteller zur Reha beraten, z.B. zu folgenden Themen:

- Gründe für die medizinische Reha sowie Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung.
- Information, welche Leistungen in Betracht kommen.
- Hinweis auf ergänzende [unabhängige Teilhabeberatung](#) und die Beratungsstellen der Reha-Träger (Adressdatenbank der [BAR](#) unter www.ansprechstellen.de).
- Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten.
- Was bedeutet " [Persönliches Budget](#) ".
- Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige.
- Antragsstellung und Ablauf des Antragsverfahrens.

2.1. Kostenträger Krankenkasse

Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer medizinischen Reha,

- wenn keine Verminderung der Erwerbstätigkeit vorliegt oder droht,
- wenn kein Arbeitsunfall und keine Berufskrankheit vorliegt,
- bei Reha-Leistungen für Altersrentner,
- bei Reha-Leistungen für Mütter und Väter, wenn es sich nicht um eine reine Vorsorge handelt, sondern schon eine Beeinträchtigung vorliegt, und die Reha medizinisch notwendig ist,
oder
- bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche, wenn dies medizinisch notwendig ist.

Der Arzt verordnet die Medizinische Reha, wenn sie notwendig ist und der Patient damit einverstanden ist. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) durch den Arzt. Es ist jedoch sinnvoll, dass dieser die Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitation **ausführlich** begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. In Stichproben werden die Reha-Anträge durch den [Medizinischen Dienst](#) (MD) geprüft. Reichen die Unterlagen zur Beurteilung nicht aus, kann der MD im Einzelfall eine weitere ärztliche Untersuchung (Gutachten) veranlassen, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Es ist sinnvoll, dem Antrag, neben der ärztlichen Verordnung, alle relevanten Arztberichte beizulegen, um die Erforderlichkeit der Reha zu verdeutlichen. Wünscht der Patient eine Reha in einer bestimmten Einrichtung, sollte er das in einem persönlichen Schreiben begründen.

2.2. Kostenträger Rentenversicherung

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, ist die Rentenversicherung der Kostenträger der medizinischen Reha. Ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich.

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert, online heruntergeladen oder online ausgefüllt werden.

- Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund finden Sie das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Reha-Antragstellung . Als Patient müssen Sie die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen.
- Den Antrag "Schritt für Schritt" finden Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Reha-Antragstellung . Dort gibt es auch einen Link zu einem eAntrag.

2.3. Kostenträger Unfallversicherung

Ein [Unfallversicherungsträger](#) ist zuständig, wenn die medizinische Reha infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit notwendig wird oder wenn eine Berufskrankheit droht. Die Betroffenen stellen in der Regel keinen Antrag, da die zuständige Unfallversicherung "von Amts wegen" tätig wird. In der Regel melden Unternehmen Unfälle und Ärzte Berufskrankheiten an die Unfallversicherung.

3. Praxistipps

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de > Richtlinien > Rehabilitations-Richtlinie .
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein [Widerspruch](#) .
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei [medizinische Rehabilitation](#) genannten) Voraussetzungen hinaus freiwillig die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.

4. Wahl der Reha-Einrichtung

(§ 8 Abs. 1 SGB IX)

4.1. Kostenträger Krankenkasse

Der Patient kann bei einer medizinischen Reha (§ 40 SGB V) eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.

Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht, Ausnahmen siehe [Auslandsbehandlung](#) .

4.2. Kostenträger Rentenversicherung

Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss dies in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen.

Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht. Eine Kostenübernahme für eine medizinische Reha im Ausland ist dann möglich, wenn dort aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg zu erwarten ist.

4.3. Kostenträger Unfallversicherung

Die Unfallversicherungsträger haben Verträge mit etwa 150 Reha-Kliniken in Deutschland und Polen. Bei bestimmten Unfallfolgen kommen nur bestimmte Kliniken für die Reha in Frage.

4.4. Praxistipps

Adressen von Reha-Kliniken recherchieren:

- www.rehakliniken.de (= Inhalte Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen mit 1.500 Reha-Kliniken)
- www.kurklinikverzeichnis.de

Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > [Beantragung](#) > [Wunsch- und Wahlrecht](#).

5. Wer hilft weiter?

Der jeweils zuständige Kostenträger, Näheres unter [Rehabilitation > Zuständigkeit](#).

6. Verwandte Links

[Medizinische Rehabilitation](#)

[Rehabilitation](#)

[Medizinischer Dienst](#)