Weitere sozialrechtliche Informationen sowie Ratgeber zum kostenlosen Download finden Sie stetig aktualisiert unter www.betanet.de.

© 2025 beta Institut gemeinnützige GmbH | Kobelweg 95, 86156 Augsburg | www.betanet.de

Medizinische Rehabilitation > Antrag

1. Das Wichtigste in Kürze

Medizinische Reha muss meist ärztlich verordnet, beantragt und vom zuständigen Kostenträger genehmigt werden. Näheres zur Zuständigkeit unter Rehabilitation > Zuständigkeit. Medizinische Berichte (Arztberichte) und ein eigenes, persönliches Schreiben sind oft hilfreich. Versicherte können Vorschläge für bestimmte Einrichtungen oder bestimmte Reha-Orte machen und, wenn nichts dagegen spricht, die Reha in ihrer Wunscheinrichtung machen.

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 – Reha-Antrag

Wer medizinische Reha beantragen möchte, sollte sich an die behandelnde Arztpraxis wenden. Alle Vertragsärzte der Krankenkassen dürfen 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 Anschlussrehabilitation (auch Anschlussheilbehandlung, abgekürzt AHB, genannt) ist eine medizinische Reha direkt oder kurz nach einem Krankenhausaufenthalt und wird in vielen Fällen in einem besonderen Schnellverfahren (AHB-Verfahren) zusammen mit dem Sozialdienst des Krankenhauses beantragt. Die Verlegung in die Reha-Einrichtung kann oft direkt erfolgen.

Vor der Verordnung einer medizinischen Reha ist eine ärztliche Beratung erforderlich, 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 (EUTB) und die Beratungsstellen der Reha-Träger (Adressdatenbank der BAR unter www.ansprechstellen.de)
- Wunsch- und Wahlrecht
- Persönliches Budget
- Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige
- Antragsstellung und Ablauf des Antragsverfahrens

Für medizinische Reha können verschiedene Kostenträger (sog. Reha-Träger) zuständig sein, z.B. die Krankenkasse, die Berufsgenossenschaft (= Häufiger Unfallversicherungsträger) oder der Rentenversicherungsträger. Es ist nicht schlimm, den Antrag bei der falschen Stelle zu stellen, denn jeder Reha-Träger muss bei Unzuständigkeit den Antrag an den zuständigen Reha-Träger weiterleiten. Wenn ein unzuständiger Reha-Träger den Antrag nicht rechtzeitig innerhalb der gesetzlichen Fristen weiterleitet, muss er die Reha trotz Unzuständigkeit bezahlen. Näheres unter Rehabilitation > Zuständigkeit.

2.1. Antrag bei der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten einer medizinischen Reha für ihre Versicherten nur, wenn kein anderer Kostenträger vorrangig dafür zuständig ist. Vorrangig zuständig sein kann z.B. die Rentenversicherung, die Unfallversicherung oder der Träger der sozialen Entschädigung, zu den Voraussetzungen für deren Zuständigkeit siehe unten.

Beispiele:

- Die Krankenkasse ist oft für Menschen im Rentenalter zuständig, weil die Rentenversicherung nur für medizinische Reha zahlen muss, um die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten vor dem Rentenalter zu erhalten oder zu verbessern. Außerdem üben Menschen im Rentenalter seltener Tätigkeiten aus, die unfallversichert sind.
- Für einige Langzeitarbeitslose im Bezug von Bürgergeld muss die Krankenversicherung die Reha bezahlen, weil sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung für medizinische Reha (Näheres unter Medizinische Rehabilitation) nicht erfüllen.

- Die Krankenkasse ist für Reha und Kur für Mütter und Väter in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder in gleichartigen Einrichtungen zuständig, weil es dabei um Folgen von Belastungen durch die Elternschaft geht und deswegen die anderen Kostenträger unzuständig sind.

Medizinische Reha wird ärztlich verordnet, wenn sie medizinisch notwendig ist. Die Arztpraxen haben Formulare für Anträge auf Reha von der Krankenversicherung und helfen beim Ausfüllen. Wer einen Antrag auf medizinische Reha von der Krankenkasse stellen möchte, muss sich also in der Regel an eine Arztpraxis wenden.

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die ärztliche Angabe der Indikationen (= medizinische Gründe für die Reha) nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch sinnvoll, eine **ausführliche** ärztliche Begründung der Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitation dem Antrag beizufügen. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung. 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 medizinischen Berichte beizulegen, um die Erforderlichkeit der Reha zu verdeutlichen. Wer eine Reha in einer bestimmten Einrichtung wünscht, sollte das in einem persönlichen Schreiben begründen.

2.2. Antrag bei der Rentenversicherung

Bei gesetzlich Rentenversicherten vor dem Rentenalter, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet oder bereits vermindert ist, ist die gesetzliche Rentenversicherung häufig der Kostenträger der medizinischen Reha. Zu den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Rentenversicherung unter Medizinische Rehabilitation .

Die Erwerbsfähigkeit gilt im Reha-Recht teils auch dann schon als vermindert, wenn die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente noch nicht vorliegen, Näheres zu den unterschiedlichen Definitionen für Erwerbsminderung im Reha- und im Rentenrecht unter Berufliche Reha > Rahmenbedingungen .

Wer eine von der Rentenversicherung finanzierte Reha machen möchte, muss sie dort beantragen und dem Antrag 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 . Sie müssen 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-rentenversi Träger der sozialen Entschädigung cherung.de > Reha > Reha-Antragstellung. Dort gibt es auch einen Link zum Stellen eines Online-Antrags.

2.3. Medizinische Reha von der Unfallversicherung

Ein Unfallversicherungsträger (z.B. die Berufsgenossenschaft) ist zuständig, wenn die medizinische Reha infolge eines Arbeitsunfalls (auch Wegeunfälle sind Arbeitsunfälle) oder einer Berufskrankheit notwendig wird oder wenn eine Berufskrankheit droht. Ein Antrag ist oft nicht nötig, da die zuständige Unfallversicherung "von Amts wegen" tätig wird, wenn nicht, dann können die Betroffenen einen Antrag stellen. In der Regel melden Unternehmen Unfälle und Ärzte Berufskrankheiten an die Unfallversicherung.

Damit das gelingt, ist es wichtig, dass Betroffene einen Unfall oder eine Berufskrankheit im Betrieb melden und bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen den Zusammenhang mit ihrer Arbeit ansprechen.

2.4. Medizinische Reha vom Träger der sozialen Entschädigung

Manchmal ist für medizinische Reha der Träger der sozialen Entschädigung zuständig, z.B. bei Opfern von Gewalttaten. Näheres unter soziale Entschädigung . Die Träger der sozialen Entschädigung **können** medizinische Reha "von Amts wegen" erbringen, tun sie es nicht, dann können die Betroffenen einen Antrag stellen.

2.5. Medizinische Reha im Rahmen der Eingliederungshilfe

Wer nicht krankenversichert ist und die Reha auch von keinem anderen Träger finanziert bekommt, kann Anspruch auf medizische Reha im Rahmen der sog. **Eingliederungshilfe** haben. Betroffene können den Antrag auf medizinische Reha beim Träger der Eingliederungshilfe bzw. beim Jugendamt stellen. Näheres unter Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und unter Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen.

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 .
- Sie können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus freiwillig die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.

4. Wahl der Reha-Einrichtung

Wer eine medizinische Reha machen möchte hat das sog. Wunsch und Wahlrecht, in welcher Einrichtung sie stattfinden soll (§ 8 Abs. 1 SGB IX). Die Kostenträger müssen auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse Rücksicht nehmen.

Allerdings muss die Einrichtung auch geeignet sein. Je nach Kostenträger müssen bei besonders teuren Einrichtungen die Mehrkosten selbst übernommen werden, oder es muss eine andere Einrichtung gewählt werden, wenn der Träger die Gründe für die Auswahl nicht anerkennt.

4.1. Kostenträger Krankenkasse

Die versicherte Person 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 die versicherte Person die Mehrkosten. Keine Mehrkosten muss tragen, wer den Klinikwunsch mit der persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie oder mit religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.

Die Reha findet in der Regel im Inland statt, Ausnahmen siehe Auslandsbehandlung .

4.2. Kostenträger Rentenversicherung

Bei einer Reha der Rentenversicherung gibt es für die Wahl einer Reha-Einrichtung seit 1.7.23 ein klares Verfahren:

- Versicherte können der Rentenversicherung Einrichtungen vorschlagen, in denen sie die Reha machen wollen.
- Wenn die objektiven sozialmedizinischen Kriterien erfüllt sind, weist die Rentenversicherung eine der Wunscheinrichtungen zu.
- Nur wenn die Kriterien nicht erfüllt sind oder die versicherte Person keine Vorschläge gemacht hat, macht die Rentenversicherung Vorschläge. Sie muss dabei objektive Kriterien für ihre Auswahl darlegen.
- Versicherte haben dann 14 Tage Zeit, sich aus den Vorschlägen eine Einrichtung auszusuchen.

Die Reha findet in der Regel im Inland statt. Die Rentenversicherung kann medizinische Reha im Ausland bezahlen wenn diese dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit weniger kostet. Gibt es eine keine mindestens gleich wirksame medizinische Reha im Inland, muss die Reha im Ausland bewilligt werden.

4.3. Kostenträger Unfallversicherung

Die Unfallversicherungsträger haben Verträge mit bestimmten Reha-Einrichtungen. Bei bestimmten Unfallfolgen kommen nur ausgewählte Kliniken für die Reha in Frage.

4.4. Praxistipps: Reha-Einrichtungen der Unfallversicherung

- Unter https://diva-online.dguv.de können Sie im Verzeichnis der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) nicht nur nach sog. Durchgangsärzten (= Vertragsärzte der Unfallversicherung) suchen, sondern auch nach einer für Sie geeigneten Reha-Einrichtung, in der Sie eine von der Unfallversicherung finanzierte Reha machen können.
- Sie können unter Umständen auch eine Reha der Unfallversicherung in Polen machen, denn die DGUV kooperiert mit drei polnischen Reha-Einrichtungen. Nähere Informationen finden Sie unter www.dguv.de > Suchbegriff: "Partnerkliniken in Polen" .

4.5. Kostenträger soziale Entschädigung

Die Träger der sozialen Entschädigung müssen berechtigten Wünschen bei der Einrichtungswahl entsprechen und sie müssen die Art und Schwere der Schädigung, den Gesundheitszustand und das Lebensalter besonders berücksichtigen (§ 69 SGB XIV).

4.6. Wunsch- und Wahlrecht bei der Eingliederungshilfe

Auch wenn Menschen ohne Krankenversicherung medizinische Reha machen wollen, können Sie die Einrichtung selbst wählen, aber in der Regel nur, wenn die Reha nicht unverhältnismäßig teuer ist. Näheres unter Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen .

5. Wer hilft weiter?

- Der jeweils zuständige Kostenträger, Näheres unter Rehabilitation > Zuständigkeit .
- Die unabhängige Teilhabeberatung für Menschen mit (drohenden) Behinderungen und deren Angehörige

6. Verwandte Links

Medizinische Rehabilitation

Rehabilitation

Medizinischer Dienst