

Informationen zur Anschlussrehabilitation für Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach ärztlicher Einschätzung ist bei Ihnen als weitergehende Versorgung eine Anschlussrehabilitation erforderlich. Diese erfolgt in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen und unterstützt Sie bei der Erreichung Ihrer Behandlungs- und Rehabilitationsziele.

Die Anschlussrehabilitation soll in der Regel unmittelbar (innerhalb von 14 Tagen) an die stationäre Krankenhausbehandlung anschließen und kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Eine ambulante Rehabilitation soll längstens (in der geriatrischen Rehabilitation in der Regel) für die Dauer von 20 Behandlungstagen erbracht werden. Die stationäre Rehabilitation soll längstens (in der geriatrischen Rehabilitation in der Regel) für 3 Wochen erbracht werden. Welche Rehabilitationsform für Sie die medizinisch geeignetste ist, entscheidet die Krankenkasse unter Berücksichtigung der krankenhausesärztlichen Empfehlung und Ihrer individuellen Voraussetzungen.

Bei der Antragstellung werden Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses unterstützt. Zusätzlich erstellt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt einen ärztlichen Befundbericht. Hierbei können Ihnen auch geeignete Rehabilitationseinrichtungen vorgeschlagen werden. Die Entscheidung über die Kostenübernahme der Anschlussrehabilitation und die Rehabilitationseinrichtung nimmt die Krankenkasse in der Regel noch während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus vor. Sind Sie ausreichend mobil, kann für gewöhnlich eine unmittelbare Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Die erforderlichen Reisekosten sowie die Kosten der Anschlussrehabilitation übernimmt die Krankenkasse.

Gerne können Sie Ihrer Krankenkasse Ihre Wünsche zu einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung nennen. Ihre Krankenkasse prüft, ob diesen Wünschen entsprochen werden kann. Dabei werden medizinische Gründe sowie auch Ihre persönliche Lebens- und Familiensituation beachtet. Wichtig ist jedoch immer, dass Ihre Rehabilitationsziele in der von Ihnen gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit der gleichen Wirkung und in der gleichen Qualität erreicht werden können wie in der Einrichtung, die Ihre Krankenkasse ausgewählt hätte.

Sollte für Ihre Auswahl einer Einrichtung kein berechtigter Wunsch nach § 8 SGB IX vorliegen, kann diese dennoch ausgewählt werden, wenn sie medizinisch geeignet und zertifiziert ist. In diesem Fall sind etwaige Mehrkosten zur Hälfte durch Sie selbst zu tragen. Die gesetzliche Zuzahlung ist davon unabhängig zu leisten. Bei einer Anschlussrehabilitation müssen Sie für längstens 28 Tage zuzahlen. Haben Sie innerhalb eines Kalenderjahres bereits für eine andere Rehabilitation oder eine stationäre Krankenhausbehandlung Zuzahlungen geleistet, werden diese angerechnet.

Sicherlich haben Sie weitere Fragen rund um Ihre Anschlussrehabilitation. Der Sozialdienst in Ihrem Krankenhaus oder Ihre Krankenkasse stehen Ihnen gern beratend zur Seite. Auf die Möglichkeit der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (§ 32 SGB IX) weisen wir hin. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.teilhabeberatung.de

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit