

Ihr Weg zur Reha beginnt mit der Stellung eines Antrags oder durch die Einleitung eines Verfahrens von Amts wegen. Insbesondere Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, der Rentenversicherung oder der Agentur für Arbeit werden auf Antrag gewährt. Verfahren über Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung eröffnet die Unfallversicherung hingegen von Amts wegen, sobald sie Kenntnis von einem entsprechenden Sachverhalt erhält, in der Regel über die Unfallanzeige des Betriebs oder des Durchgangsarztes.

Grundsätzlich wird das Verfahren durch den Antragsteller oder seinen gesetzlichen Vertreter (zum Beispiel wenn ein Gericht einen Betreuer bestellt hat oder der Antragsteller minderjährig ist) geführt. Es kann aber auch einem Bevollmächtigten übertragen werden. Zu persönlichen Terminen (zum Beispiel auch zu ärztlichen Begutachtungen) darf eine dritte Person als Beistand mitgebracht werden.

Der Antrag

Wenn Sie der Auffassung sind, dass Ihnen eine Reha zusteht, ist die gängigste Möglichkeit, zunächst Ihren Hausarzt zu konsultieren und Ihr Anliegen mit ihm zu besprechen. Ihr Arzt wird Sie bei der Beantragung von Rehabilitationsleistungen in der Regel gern unterstützen. Es kann jedoch auch sein, dass Sie relativ deutlich nach Hilfe fragen müssen. Ob Ihr Antrag positiv oder negativ beschieden wird, hängt davon ab, ob die für die gewünschte Maßnahme erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Wesentliche Gesichtspunkte für einen positiven Bescheid sind die Einschätzungen, dass durch die Rehabilitationsmaßnahme ein Leiden gemildert, ein Krankheitsprozess verlangsamt oder eine krankheitsbedingte Einschränkung der beruf-

lichen Leistungsfähigkeit gebessert werden kann. Die Voraussetzungen sind darüber hinaus gesetzlich geregelt und werden Ihnen im weiteren Verlauf des Ratgebers aufgezeigt (Seite 43 ff.).

Für die Beurteilung, welcher Rehabilitationsphase Sie zugeordnet werden können, füllt Ihr Arzt einen Fragebogen, den sogenannten Barthel-Index, aus, der auch dazu dient, Ihre Selbstständigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu erfassen. Der Arzt bewertet die Aktivitäten des täglichen Lebens, wie zum Beispiel die Fähigkeit, sich selbstständig zu waschen, und vergibt je nach Beeinträchtigung einen Punktwert. Im Verlauf der Rehabilitation kann es dann bei zunehmender Selbstständigkeit zu einem Wechsel in die nächste Phase kommen. Gibt es schnelle Fortschritte bei der Selbstständigkeit, kann sogar eine Phase übersprungen werden.

Folgende Punkte werden im Barthel-Index erfasst:

1. Essen	
Selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck oder selbstständige PEG-Beschickung (perkutane endoskopische Gastrostomie; Ernährung mittels Magensonde, die durch die Bauchdecke eingeführt wird)	10
Braucht Hilfe, zum Beispiel beim Schneiden oder Hilfe bei PEG-Beschickung	5
Total hilfsbedürftig und keine MS/PEG-Ernährung	0
2. Baden	
Badet oder duscht ohne Hilfe, inkl. Ein- und Ausstieg, reinigen und abtrocknen	5
Badet oder duscht mit Hilfe	0
3. Waschen	
Komplett selbstständig, inkl. kämmen, rasieren, Zähne putzen	5
Braucht Hilfe	0
4. An- und Auskleiden	
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus	5
Total hilfsbedürftig	0

5. Stuhlkontrolle	
Kontinent	10
Teilweise inkontinent	5
Inkontinent	0
6. Urinkontrolle	
Kontinent	10
Teilweise inkontinent	5
Inkontinent	0
7. Toilettenbenutzung	
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10
Hilfe oder Aufsicht erforderlich, beim Spülen, Reinigen, Aus-/Anziehen oder Gleichgewicht halten	5
Benutzt weder Toilette noch Nachtstuhl	0
8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer	
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15
Minimale Assistenz oder Supervision	10
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5
Bettlägerig	0
9. Bewegung	
Ohne personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m	20
Ohne personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mithilfe eines Gehwagens gehen	10
Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen oder im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl	5
Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen	0
10. Treppensteigen	
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	15
Braucht Hilfe oder Supervision	10
Kann nicht Treppensteigen	5
Gesamtpunktzahl (max. 100)	

Je höher der Wert, desto selbstständiger ist der Patient. Der Barthel-Index kann durch weitere Punkte im Frührehabilitationsbereich erweitert werden.

Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist neben dem Antrag auf die Gewährung der Leistung eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die ärztliche Verordnung stellt eine wesentliche Voraussetzung des geltend gemachten Anspruchs dar, ohne die die Krankenkasse gar nicht erst die Prüfung des Antrags aufnimmt.

[] Tipp

Empfehlenswert ist, sich vor der Beantragung eines Hilfsmittels bereits frühzeitig mit einem Sanitätshaus oder einem anderen Hilfsmittelversorger in Verbindung zu setzen. Diese geben häufig auch wertvolle Tipps zu den Formulierungen auf der ärztlichen Verordnung, die Sie Ihrem behandelnden Arzt dann mitteilen können.

Beratung in Anspruch nehmen

Alle Sozialleistungsträger sind verpflichtet, zu etwaigen Ansprüchen in der konkret vorgetragenen Situation zu beraten und bei der korrekten und umfassenden Antragstellung behilflich zu sein. Träger können zum Beispiel Ihre Kranken- oder Rentenversicherung sein, aber auch die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter. Darüber hinaus gibt es unabhängige Beratungsstellen, an die sich Patienten mit der Bitte um Beratung wenden können. Eine Liste wichtiger Adressen finden Sie im Anhang (Seite 134 ff.)

Anträge unterliegen in der Regel keinerlei Formerfordernissen, sie können daher schriftlich, persönlich zur Niederschrift, telefonisch, per E-Mail oder per Fax gestellt werden.

Die Träger haben bei eingehenden Anträgen unverzüglich zu prüfen, ob sie für diesen Anspruch zuständig sind. Wenn nicht, müssen sie den Antrag an den zuständigen Träger weiterleiten. Unter gewissen Umständen müssen sie die Anträge sogar binnen 14 Tagen weiterleiten. Denn wenn sie die Sache verschleppen, werden sie nach den Leistungsgesetzen aller infrage kommender Träger leistungspflichtig.

Gesetzliche Krankenkassen müssen Anträge binnen drei Wochen bescheiden bzw. binnen fünf Wochen, wenn ein Gutachten eingeholt werden muss. Wird diese Frist kommentarlos versäumt, gilt die Leistung als genehmigt. Die Kassen müssen dann die Kosten einer erforderlichen Leistung erstatten, wenn die Versicherten sich diese selbst besorgt haben.

Der Sozialleistungsträger ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Der Antragsteller ist allerdings im Rahmen des Verfahrens verpflichtet, bei der Aufklärung des Sachverhalts durch Angabe der ihm bekannten Tatsachen und durch die Teilnahme an notwendigen Untersuchungen mitzuwirken.

Ist der Träger der Auffassung, dass der Antrag unvollständig ist, fordert er den Antragsteller zur Ergänzung der Angaben auf. Zudem hat der Rehabilitationsträger notwendige Stellungnahmen, beispielsweise von behandelnden Ärzten, einzuholen. Hierfür muss er von Ihnen zuvor eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht für den konkret bezeichneten Behandelnden beschaffen.

Ist medizinischer Sachverstand für die Beurteilung des Antrags erforderlich, muss der Träger interne oder externe Gutachter einschalten, die die medizinische Notwendigkeit Ihrer beantragten Rehabilitationsleis-

tung beurteilen. Hierfür kann auch eine persönliche Begutachtung durchgeführt werden. Diese können Sie nur mit gewichtigen Argumenten ablehnen, zum Beispiel wenn bereits eindeutige Befundberichte vorliegen und die erneute Untersuchung überflüssig ist. Eine persönliche Begutachtung kann entbehrlich sein, wenn sich der zu begutachtende Zustand zweifelsfrei aus aktuellen Befundberichten ableiten lässt (siehe Seite 44 ff. „Rehabilitationsbedürftigkeit und -prognose“).

Überblick: Was Sie bei der Antragstellung beachten sollten

- Lassen Sie sich frühzeitig von Ihrem Hausarzt und/oder weiteren Ansprechpartnern (zum Beispiel Sozialarbeiter, Psychotherapeut) beraten: Welche Leistungen kommen für Sie infrage? Welche Voraussetzungen müssen Sie erfüllen?
- Erkundigen Sie sich nach Behandlungsverfahren, Kliniken und möglichen Kurorten, bevor Sie den Antrag stellen. Grundsätzlich sollte es sich um eine Einrichtung handeln, mit der der jeweilige Kostenträger einen Versorgungsvertrag geschlossen hat, also keine reine Privatklinik. Es gibt eine Vielzahl von Wellnessangeboten, die weit über die Leistungen der Kostenträger hinausgehen. Hier ist es wichtig, sich grundlegend zu informieren, neben der Klärung der Kostenübernahme auch über die Qualität der Angebote.
- Füllen Sie das Antragformular sorgfältig und vollständig aus. Holen Sie sich Unterstützung, wenn Sie nicht weiterkommen. Oft genügt ein Telefonat oder ein Besuch in der zuständigen Geschäftsstelle.
- Lassen Sie sich beraten (Seite 23), wenn Fragen oder Schwierigkeiten auftreten. Vereinbaren Sie persönliche Termine, wenn umfangreiche Detailfragen zu klären sind.

- Klären Sie auf jeden Fall vor Antritt Ihrer Rehamafnahme, ob die Finanzierung gewährleistet ist. Nehmen Sie keine Maßnahme in Anspruch, bevor Sie eine schriftliche Zusage in den Händen halten. Andernfalls ist der Kostenträger nicht verpflichtet, die Kosten zu übernehmen.

[] Tipp

Die Kostenträger sind zur Sparsamkeit verpflichtet. Das ist auch der Grund dafür, dass oftmals Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen zunächst abgelehnt werden. Für die Entscheidung bezüglich des Antrags auf die Rehabilitationsmaßnahmen sind aber allein die Vorgaben des Gesetzgebers maßgeblich. Trauen Sie sich also, Widerspruch einzulegen (Seite 27)!

Die Bewilligung

Hat der Träger seines Erachtens alle anspruchrelevanten Umstände ermittelt, schließt er das Antragsverfahren mit einem Bescheid ab. Grundsätzlich soll der Träger über den Antrag innerhalb von sechs Monaten entscheiden. Versäumt er diese Frist ohne zwingenden Grund, kann er durch eine Untätigkeitsklage beim Sozialgericht zu einer Entscheidung gezwungen werden.

Der Bescheid besteht aus der Bewilligung oder Versagung der beantragten Leistung. Im Falle der Versagung bzw. der Ablehnung muss eine Begründung enthalten sein. Unter der Ablehnung muss die Belehrung über die rechtlichen Möglichkeiten zur Überprüfung des Ablehnungsbescheids stehen – die sogenannte Rechtsbehelfsbelehrung.

Die Bewilligung enthält Angaben zum Beginn und zur Dauer der Maßnahme. Außerdem legt sie den Ort bzw. bei ambulanten Maßnahmen den behandelnden Mediziner fest. Mit der Antragstellung können Sie in Abstimmung mit Ihrem Arzt Einfluss auf den Ort und den Therapeuten nehmen. Werden Ihnen ein Ort oder ein Arzt zugewiesen, mit dem Sie nicht einverstanden sind, ist auch das ein teilweise ablehnender Bescheid, gegen den Sie insoweit Widerspruch einlegen können. Anstatt ein förmliches Widerspruchsverfahren anzustrengen, können Sie sich auch bei dem bewilligenden Träger melden und ihn bitten, den Bescheid von Amts wegen hinsichtlich Zeit und/oder Ort abzuändern. Beachten Sie aber dabei, dass der Bescheid nach Ablauf der Widerspruchsfrist bestandskräftig wird. Der Widerspruch ist daher erforderlich, wenn nicht unverzüglich ein Bescheid entsprechend Ihren Vorstellungen von Amts wegen erlassen wird. Die Widerspruchsfrist wird im folgenden Abschnitt näher erläutert.

Ablehnender Bescheid: was tun?

Das Widerspruchsverfahren

Natürlich haben Sie als Antragsteller die Möglichkeit, gegen Entscheidungen vorzugehen: Wurde die erwünschte Leistung abgelehnt oder nur eine andere Leistung bewilligt, so besteht das Recht, gegen diese Entscheidung Widerspruch einzulegen. Den Widerspruch müssen Sie schriftlich oder persönlich in einer Niederschreibung des entsprechenden Trägers einlegen. Ein telefonisch oder per E-Mail eingelegter Widerspruch ist nicht ausreichend. Auch alle anderen Behörden sind zur Entgegennahme des Widerspruchs verpflichtet und leiten diesen dann an den richtigen Träger weiter.