

09. Januar 2019

---

## Platz in der Wunschklinik: Tipps für Reha-Patienten

Wer eine Reha beantragt, kann eine Wunschklinik angeben. Mit der Einweisung klappt es am ehesten, wenn die angegebene Einrichtung für das Krankheitsbild des Patienten medizinisch geeignet ist. Was Versicherte sonst noch beachten sollten.

Ein Bandscheibenschaden, Depressionen oder eine Knieverletzung - für eine Reha kann es verschiedene Gründe geben. Damit sich der Aufenthalt lohnt, ist es wichtig, eine passende Klinik auszuwählen. Aber wie finden Versicherte die? Und was müssen sie beachten, damit sie auch dort unterkommen?

Erste Informationen erhalten Patienten bei ihrem Haus- oder Facharzt, erklärt Klaus-Dieter Koch, Leiter des Produktbereichs Reha bei der Medizinischen Medien Informations GmbH in Neu-Isenburg. Wer sich unabhängig vom Arzt über Reha-Kliniken informieren möchte, kann etwa übers Internet mit Selbsthilfegruppen Kontakt aufnehmen. „Die Rentenversicherungsträger sind auch ein kompetenter Ansprechpartner bei Fragen der Rehabilitation“, erklärt Dirk von der Heide von der Deutschen Rentenversicherung Bund. Versicherte können sich bundesweit bei den Rentenversicherungsträgern informieren und beraten lassen.

Haben Patienten eine Wunschklinik für sich ausgemacht, können sie den behandelnden Arzt bitten, diese Einrichtung im ärztlichen Befundbericht explizit zu nennen. Der komplette Reha-Antrag geht entweder an die Krankenkasse, an die Unfallversicherung oder zur Deutschen Rentenversicherung.

„Die Rentenversicherung ist zuständig, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Patienten gefährdet ist oder durch eine Reha Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden können“, erläutert Ann Marini vom GKV-Spitzenverband. Bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten wenden sich Patienten an die Unfallkasse oder Berufsgenossenschaften „Entsprechend dieser Zuordnung sind die Krankenkassen für Kinder und Jugendliche, für nicht berufstätige Erwachsene und für Rentner zuständig“, so Marini.

Auch die Patienten ein Mitspracherecht bei der Frage, wo die Reha stattfindet. Im Neunten Sozialgesetzbuch, Paragraf acht, ist geregelt, dass „bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe“ berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen wird. Das heißt übersetzt: Wenn es medizinisch sinnvoll ist, stehen die Chancen besser, dass der Wunsch erfüllt wird.

Mit der Einweisung in die Wunschklinik klappt es daher eher, wenn die Klinik für die jeweilige Krankheit geeignet ist und es realistisch erscheint, dass der Versicherte dort die Reha-Ziele erreicht. „Zum Beispiel muss die Entfernung und Anreise mit den gesundheitlichen Voraussetzungen des Patienten, etwa Schmerzen oder Luftnot, zu vereinbaren sein“, so von der Heide. Mit dem Reha-Antragsformular sollten Antragsteller zudem Ausdrucke von den Webseiten einer oder mehrerer Wunschkliniken zur Versicherung schicken. „Die Erfahrungen haben gezeigt, dass die Sachbearbeiter bei den jeweiligen Kostenträgern diese Infos mitunter gerne aufgreifen“, sagt Koch.

In der Regel kommen die Patienten in Reha-Einrichtungen unter, mit denen der jeweilige Sozialversicherungsträger einen Vertrag hat. Versicherte können aber auch eine Einrichtung nutzen, mit der der Kostenträger vertraglich nicht verbunden ist. „Voraussetzung ist, dass diese Klinik von einem unabhängigen Dritten hinsichtlich ihrer Qualität zertifiziert wurde“, erklärt Marini. Eventuell entstehende Mehrkosten muss der Versicherte dann aber selbst tragen.

Generell kann eine Reha entweder stationär oder ambulant erfolgen - das hängt von der Erkrankung und den Wünschen des Patienten ab. Befindet sich der Versicherte im Krankenhaus, kümmert sich der Sozialdienst um die Formalitäten und die richtige Rehaklinik.

Wurde ein Antrag bewilligt, zahlt der Sozialversicherungsträger Reise, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen. An diesen Kosten müssen sich Rehabilitanden allerdings beteiligen, zumindest, wenn die Reha stationär erfolgt.

„Die Zuzahlung beträgt höchstens zehn Euro pro Tag für längstens 42 Tage, bei einer Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt für längstens 14 Tage im Kalenderjahr“, sagt von der Heide. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Zuzahlung ganz oder teilweise entfallen.

Aber was, wenn man in einer Reha-Klinik eingeecheckt hat und sich so gar nicht wohlfühlt? Dann muss man nicht bis zum Ende der Maßnahme ausharren, sie lässt sich auch in einer anderen Einrichtung fortsetzen. „Ein schneller Wechsel ist allerdings zumeist nicht möglich, da Kliniken kurzfristig fast nie freie Kapazitäten haben“, sagt Koch.

Er rät, mit den Ärzten zu sprechen, ob ein Abbruch sinnvoll wäre, und dann das Reha-Antragsverfahren nochmals zu starten. „Durch die standardisierten Abläufe der Kostenträger bei der Antragsbearbeitung wird jedoch mehr Aufwand für den Versicherten entstehen, um eine erneute Reha bewilligt zu bekommen“, so Koch.

*dpa*