

Häufig gestellte Fragen

Im Nachfolgenden finden Sie Informationen zu folgenden Themen:

1. Anspruch auf Rehabilitation allgemein
2. Privat versicherten Patienten
3. Begleitpersonen und Besucher
4. Anreise
5. Ihre Rehabilitation
6. Abreise

Sollten wir Ihnen an dieser Stelle nicht alle Fragen beantworten können, setzen Sie sich mit uns per Email oder telefonisch in Verbindung.

1. Anspruch auf Rehabilitation allgemein

1.1 Wer hat Anspruch auf eine Rehabilitation?

Fast jeder Bundesbürger hat Anspruch darauf, von einem Träger der Sozialversicherung die Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme ganz oder zumindest teilweise erstattet zu bekommen. Wenn Ihre gesundheitlichen Beschwerden die berufliche Tätigkeit oder das alltägliche Leben beeinträchtigen, können Sie Ihren Arzt auch gezielt auf die Möglichkeit einer stationären Rehabilitation ansprechen.

Sie können eine Rehabilitation (normales Heilverfahren) immer dann beantragen, wenn ambulante Maßnahmen vorausgegangen sind und / oder

- Ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist.
- Sie an Auswirkungen einer schweren Erkrankung oder chronischen Erkrankung leiden.
- bei Ihnen besondere Gesundheitsrisiken bestehen, die zu einer Erkrankung führen können.

Es gelten die Grundsätze: Rehabilitation vor Rente und Rehabilitation vor Pflege. Generell kann eine Leistung zur medizinischen Reha frühestens alle vier Jahre beantragt werden. In besonderen Ausnahmefällen ist eine Reha auch früher möglich.

1.2 Gibt es eine unabhängige Beratungsstelle für Rehabilitationsmaßnahmen?

In allen Bundesländern gibt es gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation für alle Kostenträger, die sämtliche Fragen hinsichtlich Rehabilitation beantworten können und bei der Antragstellung behilflich sind. Diese Servicestellen befinden sich z. B. in Sachsen-Anhalt bei der Deutschen Rentenversicherung Magdeburg, in anderen Bundesländern möglicherweise auch bei den Krankenkassen.

Servicestelle für Rehabilitation

Deutsche Rentenversicherung Bund
Maxim-Gorki-Straße 14
39108 Magdeburg

Tel. 0391 / 7399-0
Fax 0391 / 7399-190

service.in.magdeburg@drv-bund.de.magdeburg@drv-md.de
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>

Wer trägt die Kosten?

- die Krankenkasse, wenn Sie krankenversicherter Rentner sind
- die Rentenversicherung, wenn Sie rentenversichert sind oder es eine bestimmte Zeit lang waren
- der Unfallversicherungsträger oder die Berufsgenossenschaft, wenn Sie einen Arbeitsunfall hatten
- das Versorgungsamt, wenn Sie kriegs- oder wehrdienstbeschädigt oder das Opfer einer Gewalttat sind
- die Beihilfestelle, wenn Sie Angehöriger des öffentlichen Dienstes sind

1.3 Wie erhalte ich eine Anschlussheilbehandlung (AHB)?

Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) hilft Ihnen, nach einer Operation oder einem längeren Krankenhausaufenthalt wieder zu Kräften zu gelangen. Der Krankenhausarzt leitet in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und der Krankenkasse / Rentenversicherung diese medizinische Rehabilitation ein. Der Sozialdienst trifft mit Ihnen zusammen eine Auswahl der Rehabilitationskliniken und füllt mit Ihnen alle dazu notwendigen Anträge aus. Die AHB sollte spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus in die Rehabilitationsklinik beginnen.

1.4 Wie erhalte ich eine stationäre Rehabilitation?

Sollten Sie über Ihr Akutkrankenhaus keine AHB vermittelt bekommen, haben Sie die Möglichkeit, selbst einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Sie holen den Antrag bei Ihrer Krankenkasse oder fordern ihn direkt vom Rentenversicherungsträger an. Füllen Sie den Antrag aus und bringen ihn zu dem Arzt Ihres Vertrauens (Hausarzt oder Facharzt). Bei der Antragstellung sollten Sie auch nicht vergessen, Ihre Wunschklinik anzugeben.

Wenn Sie den ausgefüllten Antrag persönlich bei Ihrer Krankenkasse abgeben, wird diese Ihnen ergänzend helfen und Ihren Antrag zur Prüfung der Kostenübernahme an Ihren Rentenversicherungsträger schicken, falls vorhanden. Daraufhin wird Ihre beantragte Rehabilitation bewilligt oder abgelehnt. Es besteht allerdings kein Rechtsanspruch auf die stationäre Rehabilitation. Ihre "Wunsch-Klinik" können Sie in jedem Fall angeben. Sie haben als Patient/in in Deutschland das Recht, Ihre Rehabilitationsklinik selbst auszuwählen und können bei jeder Ablehnung in Widerspruch gehen, im Idealfall mit Hilfe Ihres Arztes.

Wenn Ihr behandelnder Hausarzt eine Rehabilitationsmaßnahme empfiehlt, beantragt er bei den zuständigen Kostenträgern (Krankenversicherungs-, Privatversicherungs-, Rentenversicherungsträgern) ein Heilverfahren (HV). Diese prüfen die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und entscheiden, ob Ihre Maßnahme bewilligt wird. Nach Arbeitsunfällen legen die behandelnden D-Ärzte (Durchgangsärzte) und die Berufsgenossenschaft die Weiterbehandlung fest.

1.5 Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)

Die Aufnahmemodalitäten im Rahmen der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) verlaufen entweder über Terminabsprache mit den Akutkrankenhäusern oder über die zuständigen Berufsgenossenschaften.

2. Privat versicherte Patienten

2.1 Brauche ich als Privatversicherter eine Kostenzusage meiner Krankenkasse vor Beginn der Reha?

Nach § 4 Abs. 5 der Versicherungsbedingungen privater Krankenversicherungen werden für Privatversicherte die Kosten für den Aufenthalt in unserer Fachklinik nur dann übernommen, wenn vor Aufnahme eine Kostenzusage erteilt wurde. Dazu muss in der Regel ein ärztliches Attest des einweisenden Arztes bei der Privatversicherung vorgelegt werden. Bei voraus gegangenem Krankenhausaufenthalt ist der ärztliche Entlassungsbericht mit einzureichen.

2.2 Wie lange muss ich auf einen Aufnahmetermin warten?

Sobald uns eine schriftliche Kostenzusage des Kostenträgers und die ärztlichen Unterlagen (z. B. Kopie des Rehabilitationsantrages) vorliegen, können wir Sie in die Terminplanung aufnehmen. Rund zwei Wochen vor Ihrem Aufnahmetermin erhalten Sie von unserer Bettenplanung ein schriftliches Einladungsschreiben mit allen wichtigen Informationen.

2.3 Was muss ich als Selbstzahler, privat Versicherter oder beihilfeberechtigter Patient beachten?

Die Anmeldefrist bei Privatpatienten und Selbstzahlern beträgt ca. drei bis vier Wochen. Der Aufnahmetermin sowie die Aufnahmemodalitäten werden direkt durch unser Chefarztsekretariat mit dem Patienten abgesprochen.

2.4 Was kostet die Rehabilitation für Selbstzahler, privat Versicherte oder beihilfeberechtigte Patienten?

Abrechnung Ihres stationären Aufenthaltes erfolgt direkt mit Ihnen als unserem Vertragspartner über einen Pauschaltagesatz von 108,39 Euro. In diesem Preis sind Unterkunft/Verpflegung, therapeutischen Leistungen und ärztliche Behandlung enthalten.

Sind Sie zu 100 Prozent privat versichert, muss von Ihrer Krankenkasse aus die Kostenübernahme vor Aufnahme in unsere Klinik schriftlich an Sie gegeben sein. Ist die Aufnahme bereits erfolgt, so besteht für die Versicherung keine Verpflichtung mehr, sich an den Kosten zu beteiligen. Einzelheiten dazu können Sie Ihrem individuellen Vertrag entnehmen.

2.5 Was müssen beihilfeberechtigte Patienten und Beamte beachten?

Der Amtsarzt entscheidet über die Genehmigung und voraussichtliche Dauer Ihrer Rehabilitation. Die Beihilfestelle schließt sich üblicherweise dieser Empfehlung an. Ihre Zusatzversicherung muss ebenfalls vor

Aufnahme in unsere Klinik der Rehabilitationsbehandlung schriftlich zustimmen, da ansonsten keine Verpflichtung zur Kostenübernahme besteht.

In diesem Fall erfolgt die Abrechnung über den pauschalen Tagessatz direkt mit Ihnen als unserem Vertragspartner.

Der geringste Tagessatz beträgt 107,33 EUR und kann als niedrigster Satz bescheinigt werden.

2.6 Sind Sie beihilfeberechtigter Patient und kein Beamter?

Die Entscheidung der Kostenübernahme obliegt ausschließlich der Beihilfestelle. Sie müssen nicht den Amtsarzt aufsuchen. Die Vorgehensweise über Ihre Zusatzversicherung ist die gleiche. Wenn Sie allerdings nicht für stationäre Rehabilitationen versichert sind, wird Ihre Zusatzversicherung auch keine Kosten übernehmen, möglicherweise erstattet sie jedoch Teilleistungen oder gibt Zuschüsse/Tagegeld.

In diesem Fall erfolgt die Abrechnung über den pauschalen Tagessatz direkt mit Ihnen als unserem Vertragspartner.

2.7 Wie lange muss ich als beihilfeberechtigter Patient auf einen Rehabilitationstermin warten?

Die Anmeldefrist bei beihilfeberechtigten Patienten beträgt ca. drei bis vier Wochen. Der Aufnahmetermin sowie die Aufnahmemodalitäten werden direkt durch unser Chefarztsekretariat mit dem Patienten abgesprochen.

2.8 Möchten Sie Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) in Anspruch nehmen?

Der Tagessatz für Privatversicherte beträgt in dem Fall 110,39 EUR.

Die Abrechnung der ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen erfolgt durch den Chefarzt gesondert und detailliert nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

3. Begleitpersonen und Besucher

3.1 Kann ich eine Begleitperson mitbringen?

Die Unterbringung von Begleitpersonen wird Ihnen je nach Kapazität in unserer Klinik ermöglicht. Bitte informieren Sie sich in unserer Rubrik „Zu zweit bei uns“.

3.2 Kann ich mein Haustier mitbringen?

Das Mitbringen von Haustieren auf das Klinikgelände ist nicht gestattet. Wir bitten um Ihr Verständnis.

4. Anreise

4.1 Kann ich mit meinem eigenen Auto anreisen?

Tipps für die Anreise haben wir Ihnen in unseren Anreiseinformationen zusammengestellt, die Sie unter dem Menüpunkt „Kontakt & Info/Anfahrt“ zum Download als PDF finden.

4.2 Gibt es einen Parkplatz für mein Auto und was kostet dieser?

Tipps für die Anreise mit dem PKW haben wir Ihnen in unseren Anreiseinformationen zusammengestellt, die Sie unter dem Menüpunkt „Kontakt & Info/Anfahrt“ zum Download als PDF finden.

4.2 Wo ist der nächste Bahnhof?

Tipps für die Anreise mit der Bahn haben wir Ihnen in unseren Anreiseinformationen zusammengestellt, die Sie unter dem Menüpunkt „Kontakt & Info/Anfahrt“ zum Download als PDF finden.

4.3 Was muss ich zur Rehabilitation mitbringen?

- Reisewecker
- Badeanzug/Badehose, Bademantel, Badeschuhe
- Sport- bzw. Gymnastikkleidung
- Turnschuhe
- Festes Schuhwerk
- Handtuch für Behandlungszwecke
- Sämtliche aktuelle Röntgenaufnahmen
- EKG Befunde, Laborbefunde
- Evtl. Krankenhausberichte
- Reisefähigkeitsbescheinigungen (Deutsche Rentenversicherung Bund)
- Versichertenkarte der Krankenkasse

Sollten Sie aufgrund einer orthopädischen Erkrankung irgendwelche Hilfsmittel benötigen oder nutzen, dürfen wir Sie bitten, diese unbedingt mitzubringen.

Atemwegspatienten werden gebeten – soweit vorhanden – Sauerstoffgeräte, Inhaliergerät, Peak-Flow-Messgerät oder Flutter mitzubringen.

Sollten sie eine spezielle Diät (z.B. aufgrund von Nahrungsmittelallergien) einhalten müssen, benachrichtigen Sie uns bitte vor Ihrer Anreise, damit sich unsere Küche darauf einstellen kann. Ausgenommen sind Patienten mit Diabetes-Diät, fett- und kalorienreduzierter Kost.

Bitte bringen Sie, soweit vorhanden, ebenfalls mit:

- Röntgenpass
- Allergieausweis
- Diabetikerausweis/Diätplan
- Impfausweis
- Nothilfepass

- Herzschrittmacherausweis
- eine Liste der regelmäßig eingenommenen Medikamente

Patienten, die ihr beim Hermes-Versand aufgegebenes Gepäck nicht mehr am selben Tag bekommen können, sollten darauf achten, dass sie im Handgepäck Kleidung und Waschzeug für den nächsten Tag zur Verfügung haben.

5. Ihre Rehabilitation

5.1 Was passiert am Anreisetag?

Am Anreisetag werden Sie nach der Aufnahme durch das Empfangspersonal von unserem Pflegepersonal auf Ihr Zimmer begleitet. Nach einem kurzen Begrüßungsgespräch weist Sie die Speisesaalleitung zur ersten Mahlzeit in unseren freundlich gestalteten Speisesaal ein. Das gewünschte Menü bzw. die vom Arzt verordnete Kostform wird mittags am Tisch serviert; morgens und abends steht ein Buffet zur Verfügung.

Die Aufnahmeuntersuchung und Festlegung des individuellen Therapiekonzeptes erfolgt durch einen erfahrenen Stationsarzt am Anreisetag. Dieser wird Sie als vertrauensvoller Partner während des Rehabilitationsaufenthaltes begleiten und Sie dabei unterstützen, die gemeinsam erarbeiteten Ziele zu erreichen.

5.2 Wie oft habe ich einen Termin beim Arzt?

Nach den ersten Therapieerfahrungen werden Sie einem Oberarzt bzw. dem Chefarzt vorgestellt, der mit Ihnen Ihr Krankheitsbild und die therapeutischen Maßnahmen erneut erörtert. Gesprächstermine beim zuständigen Arzt werden wöchentlich eingeplant. Zusätzlich bieten der Chefarzt und einige der Oberärzte freie Sprechstunden an. Die Therapietermine werden am ersten Tag für den gesamten Aufenthalt in die Therapiekarte eingetragen. Diese Therapiekarte ist Ihr Stundenplan für die nächsten drei Wochen!

6. Was erwartet mich am Abreisetag?

Zum Ende des Aufenthalts führt der Stationsarzt eine Abschlussuntersuchung durch. Nach der Entlassung werden Ihre weiterbehandelnden Ärzte über das Rehabilitationsergebnis unterrichtet und - wenn erforderlich - die Weiterbehandlungs-, Betreuungs- und Nachsorgekonzepte sichergestellt.