

**Informationen der Kranken- und Pflegekassen
zur frühzeitigen Bedarfserkennung nach § 12 SGB IX**

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
<p>Rehabilitation als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkasse</p>	<p>Medizinische Rehabilitation – Was ist das?</p> <p>Die medizinische Rehabilitation wird umgangssprachlich oftmals noch als „Kur“ bezeichnet. In der Fachsprache wird auch von medizinischer Reha oder Leistung zur Teilhabe gesprochen. „Rehabilitation“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „wiederherstellen“. Generell soll eine Rehabilitation dazu beitragen, dass chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen weiterhin möglichst selbstständig leben können.</p> <p>Eine Rehabilitation kann Ihnen helfen, den dauerhaften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder mit den Folgen Ihrer Erkrankung besser zurechtzukommen. Die Kosten übernimmt in diesem Fall Ihre Krankenkasse.</p> <p>Soll eine Rehabilitation dazu dienen, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von der Rentenversicherung erbracht. Bei einer Berufskrankheit oder einem Arbeitsunfall ist die Unfallversicherung als Leistungsträger zuständig.</p>
<p>Voraussetzungen</p>	<p>Wann übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine medizinische Reha?</p> <p>Damit Ihre Krankenkasse die Kosten Ihrer Rehabilitationsmaßnahme trägt, müssen Sie gesetzlich krankenversichert sein. Ihre Krankenkasse prüft zunächst, ob ein anderer Leistungsträger vorrangig zuständig ist. Bei Erwerbstätigen finanziert z. B. die Rentenversicherung notwendige Rehabilitationsleistungen. In der Regel fallen Reha-Leistungen für Rentnerinnen und Rentner, Mütter oder Väter mit Kindern sowie für Pflegebedürftige in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.</p> <p>Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme bewilligt werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitationsbedürftigkeit: Ihre Leistungsfähigkeit ist beeinträchtigt und kann mit einzelnen Maßnahmen, wie Krankengymnastik und Ergotherapie, nicht wiederhergestellt werden.

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitationsfähigkeit: Sie sind rehabilitationsfähig, d. h. Sie sind so weit belastbar, dass notwendige Behandlungen durchgeführt werden können. • Positive Rehabilitationsprognose: Sie können individuelle Rehabilitationsziele nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich erreichen.
Frühzeitige Bedarfserkennung	<p>Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkennen</p> <p>Sind Sie bereits seit längerer Zeit nur eingeschränkt leistungsfähig, sollten Sie haus- oder fachärztlichen Rat einholen. Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation hilfreich sein kann. Auch Ihre Krankenkasse berät und unterstützt Sie gern.</p>
Beratungsangebote einschließlich der ergänzenden trägerunabhängigen Teilhabeberatung	<p>Wo finde ich Beratung und was ist die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung?</p> <p>Häufig stellen sich im Vorfeld einer Rehabilitationsmaßnahme, unter Umständen bereits vor der Antragstellung, wichtige Fragen, z. B. zu anfallenden Kosten. Um Antworten auf Ihre individuellen Fragen zu erhalten, können Sie Informations- und Beratungsangebote Ihrer Krankenkasse nutzen.</p> <p>Die Rehabilitationsträger haben Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe eingerichtet, die für die Vermittlung der Informationsangebote an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger verantwortlich sind. Die Ansprechstelle Ihrer Krankenkasse finden Sie z.B. auf deren Website. Das gesamte Online-Verzeichnis der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe ist im Internet unter www.ansprechstellen.de veröffentlicht.</p> <p>Zusätzlich gibt es die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). Die EUTB gibt einen Überblick über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen und soll Ihnen in Ihrer persönlichen Situation beratend helfen. Dabei gilt das Prinzip des „Peer Counseling“: Betroffene, d. h. Menschen mit gleichen oder ähnlichen Erfahrungen, beraten Betroffene. Das Angebot ist für Sie kostenfrei. Nähere Informationen – insbesondere zu unabhängigen Beratungsstellen in Ihrer Nähe – finden Sie unter www.teilhabeberatung.de.</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
Zugangswege	<p>Wie wird eine Rehabilitation beantragt? Rehabilitationsleistungen müssen von Ihnen beantragt werden. Meist erfolgt die Antragstellung zur Rehabilitation nach einer Akut-Behandlung im Krankenhaus durch den Sozialdienst zusammen mit Ihnen (so genannte Anschlussrehabilitation). Auch Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt kann eine medizinische Rehabilitation anregen und eine ärztliche Verordnung für die Beantragung ausstellen. Sie können bei Ihrer Krankenkasse auch einen formlosen Antrag stellen. In jedem Fall prüft Ihre Krankenkasse, ob die Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation erfüllt sind.</p> <p>Pflegebegutachtung und Rehabilitationsempfehlung Die Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation kann auch im Rahmen einer Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ausgesprochen werden. Ihre Pflegekasse schickt Ihnen in diesem Fall die Rehabilitationsempfehlung zu und informiert mit Ihrer Zustimmung den zuständigen Rehabilitationsträger – zumeist Ihre Krankenkasse – über den bestehenden Bedarf. Ein weiterer Antrag oder eine ärztliche Verordnung sind nicht erforderlich. Die Mitteilung gilt kraft Gesetzes als Antragstellung.</p>
Wunsch- und Wahlrecht	<p>Wie wird die Reha-Einrichtung ausgewählt? Gern können Sie Ihrer Krankenkasse Ihre Wünsche zu einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung nennen. Ihre Krankenkasse prüft, ob diesen Wünschen entsprochen werden kann. Dabei wird auch Ihre persönliche Lebens- und Familiensituation beachtet.</p> <p>Wichtig ist jedoch immer, dass das Rehabilitationsziel in der von Ihnen gewählten Rehabilitationseinrichtung mit der gleichen Wirkung und in der gleichen Qualität erreicht werden kann, wie in der Einrichtung, die Ihre Krankenkasse ausgewählt hätte.</p> <p>Sollte für Ihre Auswahl einer teureren Einrichtung kein ausreichender Grund vorliegen, kann diese dennoch ausgewählt werden, wenn sie medizinisch geeignet ist und über einen Versorgungsvertrag verfügt. In diesem Fall sind ggf. die Mehrkosten durch Sie selbst zu tragen. Die gesetzliche Zuzahlung ist davon unabhängig zu leisten.</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
Verfahren der Leistungsbewilligung	<p>Wie wird über den Reha-Antrag entschieden?</p> <p>Nachdem Sie Ihren Reha-Antrag gestellt haben, wird im ersten Schritt formal die Zuständigkeit geprüft. Ist ein anderer Rehabilitationsträger, z. B. die Rentenversicherung, vorrangig zuständig, leitet Ihre Krankenkasse den Antrag unverzüglich an diesen weiter und informiert Sie hierüber. Danach wird im zweiten Schritt inhaltlich über Ihren Reha-Antrag entschieden.</p> <p>Ist Ihre Krankenkasse zuständig, erfahren Sie in der Regel innerhalb von drei Wochen, ob Ihre Rehabilitation bewilligt wurde. Länger dauern kann es, wenn für die Entscheidung eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erforderlich sein sollte. Eventuell werden Sie vom MDK zu einer persönlichen Begutachtung in Form einer körperlichen Untersuchung eingeladen.</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung wird, unabhängig von der Entscheidung über den vorliegenden Antrag, auch darauf geachtet, ob weitere Rehabilitationsleistungen notwendig sein könnten. Ist dies der Fall, kontaktiert Sie Ihre Krankenkasse.</p> <p>Wurde Ihre Rehabilitation bewilligt, informiert Sie Ihre Krankenkasse u. a. über die ausgewählte Reha-Klinik, die Anreise, die voraussichtliche Dauer der Maßnahme sowie über die von Ihnen zu leistende Zuzahlung.</p>
Ziele	<p>Was sind die Ziele der Rehabilitation?</p> <p>Grundsätzlich soll eine Rehabilitation Menschen, die in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind, in die Lage versetzen, wieder am alltäglichen Leben teilzuhaben. Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit sollen abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden. Eine Verschlimmerung gilt es zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.</p> <p>Welche individuellen Ziele mit Ihrer Rehabilitation verfolgt werden, besprechen Sie mit Ihrer behandelnden Ärztin bzw. Ihrem behandelnden Arzt. Individuelle Reha-Ziele können z. B. sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der körperlichen Ausdauer (Kondition) - Bewältigung des Alltags - Schmerzlinderung - verbesserte Stressbewältigung - Erlernen von Strategien zur Krankheitsbewältigung

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	Die abschließende Festlegung Ihrer individuellen Reha-Ziele erfolgt gemeinsam mit Ihnen in der Rehabilitationseinrichtung. Darauf aufbauend wird Ihr Rehabilitations-/Therapieplan zusammengestellt.
Inhalte	<p>Welche Leistungen kann die Reha umfassen?</p> <p>Die medizinische Rehabilitation kombiniert eine Vielzahl von Behandlungselementen aus unterschiedlichen Disziplinen. Zum Leistungsumfang gehören insbesondere die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln, Heilmittel einschließlich Physio-, Sprach- und Ergotherapie, Psychotherapie, Schmerzbewältigungsverfahren, Entspannungsverfahren sowie weitere Hilfen zur Krankheitsbewältigung.</p> <p>Die Behandlungen und Therapien sollen ganzheitlich wirken. Sie sind auf Ihre Erkrankung abgestimmt und individuell gestaltet. Die Rehabilitation soll Ihre bestehenden Beschwerden lindern und Ihnen darüber hinaus aufzeigen, wie Sie auch mit verbleibenden Einschränkungen Ihren Alltag selbstständig meistern können.</p> <p>Was passiert am Ende der Reha?</p> <p>Zum Abschluss Ihrer Rehabilitation wird in einem Gespräch erörtert, inwieweit ihre individuellen Rehabilitationsziele erreicht werden konnten. Dabei wird auch über eigenverantwortliche Maßnahmen und nachgehende Leistungen gesprochen, die den Rehabilitationserfolg langfristig sichern sollen. Diese Empfehlungen werden ebenso wie der Verlauf und die Ergebnisse der Reha in einem Entlassungsbericht festgehalten. Der Bericht wird Ihnen anschließend zur Verfügung gestellt.</p> <p>Soweit im Einzelfall erforderlich, wirken Rehabilitationseinrichtung und Ihre Krankenkasse im Rahmen eines Entlassmanagements zusammen, um eine nahtlose Versorgung mit Hilfsmitteln, Arzneimitteln und pflegerischer Unterstützung innerhalb der ersten Tage nach Ihrer Entlassung sicherzustellen.</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
<p>Rolle des Versicherten in der Reha, Zielvereinbarung, aktive Einbeziehung</p>	<p>Wie können Sie zum Gelingen der Reha beitragen?</p> <p>Zu Beginn Ihrer Rehabilitation legen das Reha-Team und Sie Ihre Reha-Ziele gemeinsam auf Basis des individuellen Befundes fest. Der Therapieplan wird an Ihre individuellen Anforderungen angepasst und berücksichtigt auch Ihr familiäres und soziales Umfeld.</p> <p>Für eine erfolgreiche Rehabilitation ist es wichtig, dass Sie die Therapieabsprachen einhalten und bei den einzelnen Behandlungsschritten aktiv mitwirken. Langfristig können Sie den Erfolg der Reha nur sichern, wenn Sie die neu gewonnenen Erkenntnisse fest in Ihren Alltag integrieren. Das kann auch eine Änderung bisheriger gesundheitsschädigender Verhaltensweisen erfordern, z. B. um Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen oder Alkohol zu minimieren oder ganz zu beseitigen. Für eine erfolgreiche Verhaltensänderung erhalten Sie während Ihrer Reha wichtige Hinweise und Informationen durch das Reha-Team.</p>
<p>Formen der medizinischen Rehabilitation (ambulant, stationär)</p>	<p>Welche Formen der medizinischen Rehabilitation gibt es?</p> <p>Ambulante Rehabilitation in Wohnortnähe</p> <p>Bei der ambulanten Rehabilitation werden die komplexen Angebote der medizinischen Rehabilitation wohnortnah durchgeführt. Ambulant bedeutet, dass Sie sich nur tagsüber in der Reha-Einrichtung aufhalten und anschließend nach Hause zurückkehren. Sie erhalten die gleichen Therapieangebote wie in der stationären Rehabilitation. Ein Vorteil ist, dass neu Erlerntes gleich im Alltag erprobt werden kann. Bei Bedarf können Familienangehörige in die Therapie einbezogen werden. Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr Arzt kann den Rehabilitationsprozess beobachten und Sie anschließend nahtlos weiter betreuen. Für die täglichen Fahrten bieten die ambulanten Einrichtungen oftmals einen Fahrservice an.</p> <p>Eine ambulante Rehabilitation kommt für Sie infrage, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es gibt keine medizinischen Einwände gegen eine ambulante Rehabilitation. 2. Sie können die Reha-Einrichtung von Ihrem Wohnort aus innerhalb einer zumutbaren Zeit erreichen. 3. Ihre Versorgung zu Hause ist sichergestellt.

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	<p>Sonderform ambulante mobile Rehabilitation</p> <p>Die mobile Rehabilitation ist eine besondere Form der ambulanten Reha, die im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld erbracht wird. Dies kann Ihre Wohnung bzw. die Wohnung Ihrer Familie oder das Pflegeheim sein. In Einzelfällen kann die mobile Reha auch in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung begonnen werden.</p> <p>Sie erhalten eine Verordnung für eine ambulante mobile Rehabilitation, wenn Sie die Angebote einer stationären oder einer ambulanten Rehabilitation nicht wahrnehmen können, z. B. aus folgenden Gründen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Orientierung in einer fremden Umgebung fällt Ihnen schwer. • Sie sind nicht in der Lage, eine ambulante oder stationäre Reha-Einrichtung aufzusuchen. • Sie haben einen hohen Assistenz- oder Pflegebedarf, der in der Reha-Einrichtung nicht sichergestellt werden kann. <p>Stationäre Rehabilitation</p> <p>Bei einer stationären Rehabilitation werden Sie in der Reha-Einrichtung, in der Sie die therapeutischen Behandlungen erhalten, auch untergebracht und gepflegt. Eine stationäre Rehabilitation wird verordnet, wenn eine ambulante Rehabilitation aus medizinischen Gründen nicht ausreicht. Bei der Wahl der Einrichtung sollte ggf. berücksichtigt werden, dass Ihre Angehörigen, Ihr soziales Netzwerk und Ihr Wohnumfeld bei Bedarf eng einbezogen werden können.</p> <p>Anschlussrehabilitation</p> <p>Eine Anschlussrehabilitation folgt unmittelbar auf Ihren Krankenhausaufenthalt. Nach der Akutbehandlung, z. B. eines Herzinfarkts, oder nach einer Operation sorgen das Krankenhaus und Ihre Krankenkasse gemeinsam dafür, dass Sie an einer ambulanten oder stationären Rehabilitation teilnehmen können.</p>
Dauer und Wiederholung der Leistung	<p>Wie lange dauert eine Rehabilitation?</p> <p>Eine ambulante Rehabilitation kann in der Regel längstens für die Dauer von 20 Behandlungstagen erbracht werden. Die stationäre Rehabilitation dauert in der Regel längstens 3 Wochen. Die medizinische Rehabilitation für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, dauert in der Regel 4 bis 6 Wochen. Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Maßnahme verlängert werden.</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	<p>Kann eine Rehabilitation wiederholt werden? Grundsätzlich haben Sie erst nach Ablauf von 4 Jahren erneut Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation. Ausnahme: Eine Rehabilitation kann auch innerhalb der Vierjahresfrist bewilligt werden, wenn sie aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.</p>
Zuzahlung	<p>Welche Kosten werden übernommen? Wie hoch ist die Zuzahlung? Ihre Krankenkasse übernimmt die vollen Kosten der Maßnahme. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, entrichten für Rehabilitationsleistungen eine Zuzahlung. Diese beträgt in der ambulanten Reha pro Behandlungstag und in der stationären Reha pro Kalendertag jeweils 10 Euro. Die Zuzahlung wird für längstens 42 Kalendertage im Jahr berechnet. Sie wird direkt an die Rehabilitationseinrichtung gezahlt.</p> <p>Bei einer Anschlussrehabilitation unmittelbar nach einer Krankenhausbehandlung müssen Sie für längstens 28 Tage zuzahlen. Hierbei werden Zuzahlungen, die Sie innerhalb eines Kalenderjahres bereits für eine andere Rehabilitation oder eine stationäre Krankenhausbehandlung geleistet haben, angerechnet, unabhängig davon, ob die Rehabilitation von der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Rentenversicherung finanziert wurde.</p> <p>Verfügen Sie nur über ein geringes Einkommen, können Sie auf Antrag von der Zuzahlung befreit werden. Bitte wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.</p>
Fahr- und Reisekosten	<p>Wer übernimmt die Reisekosten? Reisekosten, die Ihnen wegen einer medizinischen Rehabilitation entstehen, übernimmt Ihre Krankenkasse. Erstattet werden grundsätzlich die Kosten für die Fahrt zwischen Ihrem Wohnort und der Rehabilitationseinrichtung in Höhe der Tarife öffentlicher Verkehrsmittel. Dabei soll das kostengünstigste öffentliche Verkehrsmittel unter Ausschöpfung möglicher Fahrpreisermäßigungen gewählt werden. Das gilt für stationär und ambulant durchgeführte Rehabilitationen gleichermaßen.</p> <p>Im Einzelfall kann die Notwendigkeit bestehen, ein anderes Beförderungsmittel oder das eigene Kraftfahrzeug zu nutzen. Wenn Sie mit Ihrem privaten Kraftfahrzeug fahren, wird Ihnen eine Wegstreckenentschädigung gezahlt. Einige Einrichtungen</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	<p>bieten auch einen Fahrdienst an, der Versicherte zur Reha abholt und anschließend nach Hause bringt. Ob dies in Ihrem Fall möglich ist, können Sie über Ihre Krankenkasse in Erfahrung bringen.</p> <p>Dauert eine Rehabilitation länger als 8 Wochen oder liegen besondere persönliche Gründe vor, können auch Familienheimfahrten übernommen werden.</p> <p>Zu den Reisekosten gehören neben den Fahrkosten auch notwendige Verpflegungs- und Übernachtungskosten sowie Kosten des Gepäcktransports. Auch die Aufwendungen für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson werden erstattet.</p> <p>Einen Eigenanteil zu den Reisekosten müssen Sie nicht leisten.</p>
Persönliches Budget	<p>Wer erhält ein Persönliches Budget?</p> <p>Grundsätzlich werden Leistungen zur Rehabilitation als Sachleistungen erbracht. Das Persönliche Budget stellt eine Ausnahme und insofern eine andere Form der Leistungserbringung dar. Um die Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen zu fördern, können Leistungen zur Teilhabe unter bestimmten Voraussetzungen auch als Geldleistungen oder durch Gutscheine im Rahmen des Persönlichen Budgets beantragt werden.</p> <p>Mit den in der Regel am Monatsanfang ausgezahlten Geldern organisieren und beschaffen Sie Ihre Rehabilitationsleistungen selbst. Dabei darf die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten der ansonsten gewährten Sachleistung allerdings nicht überschreiten.</p> <p>Ein Persönliches Budget können Sie auch erhalten, wenn Sie Leistungen verschiedener Sozialleistungsträger benötigen. Folgende Leistungsträger können beteiligt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kranken- und Pflegekassen ▪ Agenturen für Arbeit ▪ Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ▪ Träger der gesetzlichen Rentenversicherung ▪ Träger der Kriegsopferfürsorge ▪ Jugend- und Sozialhilfeträger ▪ Integrationsämter

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	<p>Werden Leistungen unterschiedlicher Sozialleistungsträger beansprucht, spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget. Alle anderen Leistungsträger sind Beteiligte im Verfahren. Egal, welche Leistungen Sie von welchem Träger bekommen, Sie erhalten das Persönliche Budget immer aus einer Hand. Hierzu stimmen sich die Rehabilitationsträger untereinander ab.</p> <p>Weitere Informationen zum Persönlichen Budget können Sie der Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Das Persönliche Budget – Jetzt entscheide ich selbst!“ entnehmen oder z. B. unter www.bar-frankfurt.de nachlesen.</p>
Haushaltshilfe	<p>Wer hat Anspruch auf Haushaltshilfe und Kinderbetreuung?</p> <p>Der Rehabilitationsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe und für Kinderbetreuung, wenn folgende drei Voraussetzungen vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie können Ihren Haushalt wegen der Teilnahme an der Rehabilitation nicht weiterführen. • Auch eine andere im Haushalt lebende Person kann diese Arbeiten nicht übernehmen und • ein im Haushalt lebendes Kind ist zu Beginn der Maßnahme jünger als 12 Jahre oder es ist behindert und auf Hilfe angewiesen. <p>Die Kostenübernahme für die Haushaltshilfe oder für Kinderbetreuung müssen Sie beantragen, bevor Sie die Unterstützung in Anspruch nehmen.</p> <p>Wenn keine medizinischen Einwände bestehen, können Sie Ihr Kind unter Umständen auch in die Rehabilitationseinrichtung mitnehmen.</p>
Spezifische Zielgruppen	<p>Welche spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen gibt es?</p> <p>Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter</p> <p>Mütter und Väter, die Kinder erziehen, sind häufig besonders belastet. Daraus können gesundheitliche Probleme entstehen, wenn z. B. Überforderungssituationen, Erziehungsschwierigkeiten oder Partnerschaftskonflikte auftreten. Spezielle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter oder Väter zeichnen sich dadurch aus, dass sie neben der Erkrankung die besondere psychosoziale Problemsituation der Familie in den Blick nehmen.</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	<p>Die Mitaufnahme Ihres Kindes ist möglich, wenn dies notwendig ist und dem Erfolg der Maßnahme nicht entgegensteht. In der Regel besteht diese Möglichkeit für Kinder bis 12 Jahre, in besonderen Fällen bis 14 Jahre. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.</p> <p>Rehabilitation für Kinder und Jugendliche</p> <p>Rehabilitation kann Kindern und Jugendlichen helfen, mit langfristigen Erkrankungen oder Behinderungen umzugehen und die Auswirkungen zu mildern. Die umfassende Behandlung zielt auf eine höhere Lebensqualität und bessere Chancen für Ihr Kind. Insbesondere für Kinder und Jugendliche, die wegen ihrer Erkrankung Probleme im Alltag, in der Schule oder Ausbildung haben, kommt eine medizinische Rehabilitation in Betracht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer übernimmt die Kosten? Bei der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche haben Sie in der Regel die Wahl, ob die Kosten von der Rentenversicherung oder Ihrer Krankenkasse übernommen werden. Wenn Sie Ihre Entscheidung für einen Rehabilitationsträger getroffen haben, stellen Sie dort den Antrag auf Rehabilitation für Ihr Kind. • Wie sieht die Behandlung in der Reha aus? Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gibt es spezialisierte stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die die besonderen Bedürfnisse der jungen Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Im Reha-Team arbeiten Fachkräfte aus Medizin, Therapie und Pädagogik zusammen. Neben den Therapien haben sportliche und andere Gruppenaktivitäten eine wichtige Bedeutung für die Stärkung der Kinder und die Förderung ihrer Selbstständigkeit. <p>Kinder- und Jugendrehabilitation kann grundsätzlich auch ambulant durchgeführt werden. Entsprechende Strukturen sind derzeit im Aufbau.</p> <p>Die Rehabilitation dauert bei Kindern, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in der Regel 4 bis 6 Wochen, bei Kindern und Jugendlichen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr in der Regel 3 Wochen. Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Maßnahme verlängert werden.</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Schulunterricht während der Reha? Schulunterricht wird in der Regel durch die Rehabilitationseinrichtung oder eine Schule in der Nähe der Einrichtung sichergestellt. Die Rehabilitation ist daher nicht an Ferienzeiten gebunden. • Dürfen Eltern Ihr Kind begleiten? Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, Ihr Kind zu begleiten. Bei Kindern ab dem 12. Lebensjahr ist eine Begleitung möglich, wenn Ihre Ärztin oder Ihr Arzt die medizinische Notwendigkeit begründet. Begleitpersonen werden während der Rehabilitation zum Umgang mit der Erkrankung beraten und geschult. • Sind auch bei der Reha für Kinder und Jugendliche Zuzahlungen zu leisten? Bei der Kinder- und Jugendrehabilitation sind keine Zuzahlungen zu leisten. In der Krankenversicherung besteht eine Zuzahlungspflicht grundsätzlich erst ab Vollendung des 18. Lebensjahrs. <p>Familienorientierte Rehabilitation Die Familienorientierte Rehabilitation bezieht die Angehörigen eines schwer chronisch kranken Kindes in den Rehabilitationsprozess mit ein, wenn mit der Erkrankung eine besondere familiäre Belastung einhergeht, Alltagsaktivitäten z. B. stark beeinträchtigt sind, und wenn die Mitaufnahme der Familienangehörigen (Eltern/Erziehungsberechtigte und/oder Geschwister) wichtig für den Rehabilitationserfolg des erkrankten Kindes ist. Die Familienangehörigen müssen dabei selbst nicht rehabilitationsbedürftig sein.</p> <p>Geriatrische Rehabilitation Die geriatrische Rehabilitation ist auf die besonderen Anforderungen älterer (> 70 Jahre) Patientinnen und Patienten, die in der Regel mehrere Erkrankungen haben, ausgerichtet. Sie nimmt alle Erkrankungen in den Blick und berücksichtigt dabei die geminderte Belastungsfähigkeit sowie ggf. bereits bestehende kognitive Leistungseinschränkungen. Die geriatrische Rehabilitation kann ambulant, stationär oder mobil (in der Häuslichkeit) erbracht werden.</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	<p>Rehabilitation bei Suchtkrankheiten</p> <p>Bei Abhängigkeitserkrankungen wie Alkoholismus, Drogensucht oder Medikamentenmissbrauch kann im Anschluss an eine Entzugsbehandlung eine Rehabilitation verordnet werden. Die Kosten übernimmt in der Regel Ihre Krankenkasse, ggf. ist die Rentenversicherung zuständig. Die vorausgehende Entzugsbehandlung (Entgiftung) wird von Ihrer Krankenkasse finanziert.</p> <p>Eine Standardtherapie wird stationär durchgeführt und dauert 12 bis 15 Wochen. Möglich ist auch eine stationäre Kurzzeittherapie über 8 Wochen. Bei Drogenabhängigkeit werden stationäre Therapien bis zu 26 Wochen durchgeführt. Eine ambulante Entwöhnungsbehandlung dauert 6 bis 12 Monate.</p> <p>Wichtig ist, dass Sie vor Beginn einer Entwöhnungsbehandlung eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. Diese erstellt für Sie einen Sozialbericht und empfiehlt u. a. eine passende Rehabilitationsform. Auch bei weiteren Suchterkrankungen wie dem Glücksspiel oder der Computerspiel- und Internetabhängigkeit kann eine Suchtrehabilitation in Betracht kommen.</p> <p>Rehabilitation für pflegende Angehörige</p> <p>Für pflegende Angehörige ist es vor dem Hintergrund der Pflegesituation meist schwierig, notwendige Reha-Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig sind sie oft besonders belastet. Daher wurden für diesen Personenkreis besondere Rahmenbedingungen geschaffen, die die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation erleichtern sollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegende Angehörige können auswählen, ob sie die Rehabilitation ambulant oder stationär durchführen. • Pflegebedürftige können in der Reha-Einrichtung mitversorgt werden. Die Kosten werden durch die Krankenkasse des pflegenden Angehörigen übernommen. • Während der Rehabilitationsmaßnahme können Pflegebedürftige auch in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung am Wohnort oder in der Nähe der Reha-Einrichtung untergebracht werden. Hierfür können Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Mit Zustimmung der Pflegebedürftigen koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse die Versorgung. <p>Zu beachten ist, dass auch für pflegende Angehörige ggf. die Rentenversicherung vorrangig zuständig ist.</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
Sozialmedizinische Nachsorge	<p>Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder Eltern und Angehörige chronisch kranker oder schwerstkranker Kinder und Jugendliche können im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation mit der weiteren Versorgungssituation überfordert sein. Die sozialmedizinische Nachsorge bietet den betroffenen Familien „Hilfe zur Selbsthilfe“ auf dem Weg von der Klinik in die weitere ambulante Versorgung. Das Nachsorge-Team unterstützt und berät die Familie bei der weiteren medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung des Kindes. Ziel dieser Leistung ist es, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen bzw. eine erneute stationäre Aufnahme zu vermeiden.</p>
Früherkennung und Frühförderung	<p>Früherkennung und Frühförderung Wenn Kinder sich nicht altersgemäß entwickeln, krank sind oder eine Behinderung haben, brauchen sie eine besondere Förderung, um möglichst selbstständig zu werden. Zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder gibt es deshalb ein komplexes Diagnostik- und Therapieangebot. Es umfasst ärztliche, medizinisch-therapeutische, psychologische, heilpädagogische sowie sozialpädagogische Leistungen.</p> <p>Früherkennung und Frühförderung bieten spezielle interdisziplinäre Frühförderstellen an, aber auch nach Landesrecht zugelassene vergleichbare Einrichtungen oder Sozialpädiatrische Zentren. Kinder von der Geburt bis zum Schulalter können diese Leistung in Anspruch nehmen. In Sozialpädiatrischen Zentren kann die Förderung auch bis zum 18. Lebensjahr fortgeführt werden.</p> <p>Die Leistungserbringung wird immer mit den Eltern abgestimmt. Sie soll möglichst „aus einer Hand“ finanziert werden. Die Kosten teilen sich Ihre Krankenkasse und die Sozial- oder Jugendhilfe.</p>
Rehabilitationssport und Funktionstraining	<p>Rehabilitationssport und Funktionstraining Im Anschluss an eine Reha-Maßnahme oder ergänzend zur Krankenbehandlung können Rehabilitationssport oder Funktionstraining verordnet werden. Ziel des Rehabilitationssports ist es Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zu stärken. Darüber hinaus kann diese Leistung auch darauf abzielen, das Selbstbewusstsein behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen zu stärken.</p>

Themenbereich	Textbaustein für die Informationen nach § 12 SGB IX
	<p>Durch das Funktionstraining sollen insbesondere Schmerzen gelindert und das Bewegungsverhalten verbessert werden.</p> <p>Die Übungen werden in Gruppen von speziell dafür ausgebildeten Übungsleiterinnen und Übungsleitern angeleitet. Für einen nachhaltigen Erfolg ist es wichtig, dass Sie die in der Gruppe erlernten Übungen langfristig selbstständig fortführen und eigenverantwortlich Sport treiben.</p> <p>Rehabilitationssport oder Funktionstraining können zu Lasten der Krankenversicherung nur von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt verordnet werden. Ihre Krankenkasse muss die Leistung vor Beginn bewilligen. Sie unterstützt Sie gerne bei der Suche nach einer anerkannten Rehabilitationssport- oder Funktionstrainingsgruppe. Mitgliedsbeiträge für Vereine sowie Fahr- und Reisekosten können nicht übernommen werden.</p>