

Der Patient hat ein Wunsch- und Wahlrecht. Wird eine Klinik vorgeschlagen, die aus Sicht des Patienten oder des behandelnden Arztes nicht geeignet ist, kann der Patient unter Berufung auf dieses Wunsch- und Wahlrecht widersprechen. Dies bewirkt häufig, dass die (berechtigten) Wünsche des Patienten berücksichtigt werden.

Kann eine Begleitperson mitgenommen werden?

In vielen Kliniken ist es möglich auf eigene Kosten eine Begleitperson mitzunehmen.

Zuzahlung, Befreiung von der Zuzahlung

Die Kosten einer Rehabilitationsbehandlung trägt der zuständige Kostenträger. Auch die Fahrtkosten werden in der Regel übernommen.

Für erwachsene Versicherte beträgt die „Zuzahlung“ 10,00 € täglich, längstens für 42 Tage im Kalenderjahr. Bei einer Anschlussrehabilitation über die Krankenversicherung muss der Patient für maximal 28 Tage zuzahlen, bei der Rentenversicherung maximal



14 Tage. Die Zuzahlung entfällt für Kinder und Bezieher von Übergangsgeld. Zudem kann ein Versicherter unter bestimmten Bedingungen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Bei einer ambulanten Reha besteht keine Zuzahlungspflicht.

Was mache ich, wenn die Reha abgelehnt wird?

Es besteht die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen, der durch den Arzt begründet werden muss.



Wo erhalten Sie weitere Informationen?

Deutsche Atemwegsliga e. V.
Raiffeisenstraße 38
33175 Bad Lippspringe

Telefon (0 52 52) 93 36 15
Telefax (0 52 52) 93 36 16

eMail: kontakt@atemwegsliga.de
Internet: atemwegsliga.de

facebook.com/atemwegsliga.de

twitter.com/atemwegsliga

youtube.com/user/atemwegsliga

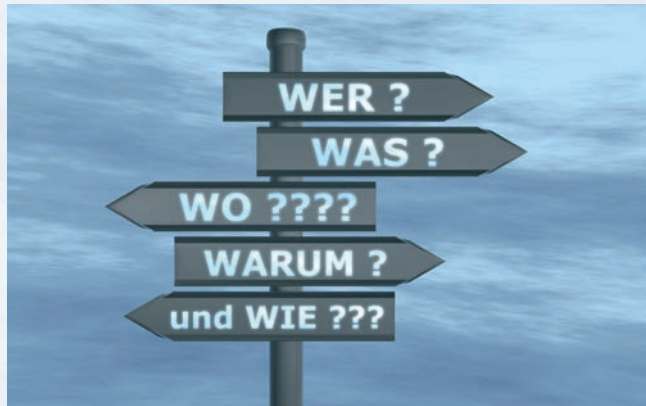
DEUTSCHE
ATEMWEGLIGA E. V.



Wie komme ich als Patient zu einer Rehabilitation („Kur“) wegen einer Erkrankung der Lunge?

Die Kostenträger können die Kosten der Rehabilitation (Reha) u.a. für folgende Erkrankungen („Indikationen“) übernehmen:

- COPD (chronische Bronchitis, Emphysem),
- Asthma bronchiale,
- Bronchiektasen,
- cystische Fibrose (Mukoviszidose),
- Lungengerüsterkrankungen wie Lungenfibrose, Sarkoidose oder Farmerlunge,
- pulmonale Hypertonie (Lungenhochdruck),
- Nachbehandlung bei Lungentumoren, Lungenentzündung.



Welcher Kostenträger ist für meine Reha zuständig?

- Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten der Reha von Berufstätigen, wenn die Erwerbsfähigkeit durch die Lungenkrankheit gefährdet ist. Zudem müssen bestimmte „versicherungsrechtliche Voraussetzungen“ (Betrags- und Wartezeiten) erfüllt sein.
- Die gesetzlichen Krankenkassen sind (im Allgemeinen) für die Reha von Nicht-Berufstätigen, z. B. von Rentnern und Familienversicherten/Hausfrauen zuständig. Die Kosten werden bei drohender Behinderung oder Pflegebedürftigkeit übernommen.



- Die gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) ist der richtige Ansprechpartner für die Reha nach Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheiten (z.B. Silikose, Asbestose, Farmerlunge, Bäckerasthma).
- Die Kostenübernahme bei Privatversicherten hängt vom individuell geschlossenen Versicherungsvertrag ab. Nicht immer sind Reha-Leistungen mitversichert. Für Berufstätige, die in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen, kann die gesetzliche Rentenversicherung die Kosten übernehmen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen (Gefährdung der Erwerbstätigkeit) vorliegen. Bei Beihilfeberechtigten sind die jeweiligen Regeln der Beihilfeverordnungen zu beachten.
- In vielen Reha-Kliniken besteht die Möglichkeit, die Rehabilitation auf eigene Kosten durchführen zu lassen. Die Kosten sind in der Reha-Klinik zu erfragen; häufig sind sie nicht teurer als ein Urlaub in einem Mittelklassehotel.

Wie komme ich zu einer AHB (Anschlussheilbehandlung)?

Die AHB ist eine besondere Form der Rehabilitation, die im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgt. Nur bestimmte Krankheiten, wie zum Beispiel eine akute Verschlechterung (Exazerbation) der COPD, Zustand nach Lungenentzündung, Lungenoperationen bzw. nach Chemotherapie, Bestrahlung oder Operation bei Lungentumoren sind als Indikation für eine AHB zugelassen.

sen. Die Antragstellung erfolgt während der Krankenhausbehandlung durch den Krankenhausarzt. Die Rehabilitation muss innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung angetreten werden.

Wie komme ich zu einer Rehabilitation?

Für ambulante Patienten kann der Lungenfacharzt (oder der Hausarzt) eine Lungen-Rehabilitationsmaßnahme auf dem Formular 61 direkt verordnen oder die Unterlagen auf dem Vordruck 60 (grünes Formular) anfordern. Die früher für eine Reha-Verordnung erforderliche Fachkunde ist entfallen. Jeder Arzt kann eine solche Reha-Verordnung tätigen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der **Rentenversicherung** müssen vom Versicherten „beantragt“ werden. Das Antragsformular ist über die Geschäftsstellen der Rentenversicherung oder über das Internet erhältlich (www.deutsche-rentenversicherung.de). Je nachdem welcher Rentenversicherungsträger zuständig ist, erstellt anschließend der Haus- oder Betriebsarzt bzw. ein Gutachter den Befundbericht.

Wie oft kann ich zur Reha?

Rehabilitationsmaßnahmen werden nur alle 4 Jahre genehmigt. Im begründeten Ausnahmefall sind kürzere Intervalle möglich, z.B. wenn die Erwerbsfähigkeit (Rentenversicherung) gefährdet ist oder Pflegebedürftigkeit (Krankenversicherung) droht. Der Kostenträger muss innerhalb von 14 Tagen seine Zuständigkeit erklären und dann kann es u. U. sehr schnell gehen.

Stationär oder ambulant?

Die überwiegende Mehrzahl der Rehabilitationsbehandlungen erfolgt in Spezialkliniken. Zwar ist eine ambulante Rehabilitation am Wohnort ebenfalls denkbar, bislang fehlen hierfür flächendeckende Angebote.

Welche Klinik wird bewilligt? Werden meine Wünsche für Ort und Zeit berücksichtigt?

Die Kostenträger betreiben eigene Kliniken oder schließen oft Verträge mit bestimmten Kliniken ab. Die Rehakliniken wollen über das ganze Jahr möglichst gleichmäßig ausgelastet werden. Neben Standort (kurze Anreise) und Klimaaspekten ist vor allem die fachliche Qualifikation einer Reha-Klinik entscheidend.