

Wunsch- und Wahlrecht § 8 SGB IX

Den Versicherten wird ein Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich der Auswahl der Behandlungsstätte eingeräumt.

Die Wünsche können sich beispielsweise auf

- den Ort und Wahl der Rehabilitationseinrichtung
- die Art der Leistungserbringung (ambulant oder stationär)
- Beginn und Dauer der Rehabilitation
- Leistungsumfang und Therapiegestaltung
- Religiöse, weltanschauliche, alters- und geschlechtsspezifische Bedürfnisse

beziehen.

Im Antragsformular G0100 ist eine Seite geschaffen, wo die Versicherten bis zu 3 Kliniken angeben dürfen, in der sie gerne die RehaMaßnahme durchführen möchten.

Tun sie das nicht, wird ein Vorbescheid erteilt, worin bis zu 4 Kliniken zur Auswahl stehen.

Die Auswahl der Rehaeinrichtung ist grundsätzlich eine Ermessensentscheidung des Rentenversicherungsträgers.

Es muss sich um eine nach § 15 SGB VI zugelassene Einrichtung handeln.

Des Weiteren muss der federführende Träger einen Vertrag nach § 38 SGB IX geschlossen haben oder es handelt sich um eine Einrichtung, die vom Rentenversicherungsträger selbst betrieben wird.

Weiterhin wird darauf geachtet, dass die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eingehalten werden.

Wünsche beziehen sich auch oft auf bestimmte in der Rehaeinrichtung angebotene Behandlungen oder Therapieformen.

Diese Behandlungen und Therapieinhalte müssen qualifiziert sein und dem Zweck der Rehaleistung-Wiederherstellung oder Erhalt der Erwerbsfähigkeit dienen.

Es wird auch die Konfession der Versicherten berücksichtigt, wenn die Einrichtung indikationsgerecht ist und ein Behandlungsvertrag mit der gesetzlichen Rentenversicherung besteht.

Einrichtungen mit speziellem Ernährungsangebot (schweinefleischfrei, kosher) kann berücksichtigt werden, sofern die Einrichtung indikationsgerecht ist und einen entsprechenden Behandlungsvertrag hat. Allerdings sind die Rehakliniken mittlerweile in der Lage, entsprechende Angebote (vegetarisch, teilweise auch vegan) zur Verfügung zu stellen.

Mitnahme von Haustieren kann auch erfolgen, es existieren Rehakliniken, wo dies gewährleistet wird. Kosten für das Tier sind vom versicherten selbst zu tragen.

Ein gewünschter späterer Rehabeginn kann ausnahmsweise berechtigt sein, wenn zwingende berufliche Gründe eine Verschiebung erfordern und die Rehaeinrichtung diese spätere Aufnahme gewährleisten kann.

Familienfeiern, Urlaubsplanungen sowie die Jahreszeit interessieren hierbei nicht.

Sofern die gesundheitlichen Einschränkungen eine ambulante Durchführung zulassen, kann die Rehamaßnahme in einer wohnortnahen Klinik ambulant durchgeführt werden. Einrichtung muss mit Öffis innerhalb ½ Stunde erreichbar sein.

Es wird vom SMD geprüft, ob der Versicherte für eine ambulante Reha belastbar ist.

Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Rehamaßnahme auch im Ausland möglich sofern die Einrichtung zugelassen und entsprechende Behandlungsverträge mit der gesetzlichen deutschen Rentenversicherung bestehen.

Z. B. Israel Totes Meer für schlimmste Hauterkrankungen.

Mitnahme von Begleitpersonen kann entsprochen werden, wenn es sich um eine Kinderheilbehandlung handelt (bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder aufgrund des Therapiekonzeptes die Anwesenheit eines Elternteiles erforderlich ist.)

Bei Erwachsenen muss ein medizinischer Grund für eine Begleitperson vorliegen oder es ist eine Mitreise als Selbstzahler möglich.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation / Sonstige Leistungen zur Rehabilitation

Leistungen zur Teilhabe werden erbracht, wenn:

- **Erfüllung der persönlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI)**
 - Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder Behinderung gefährdet oder gemindert **und**
 - Bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden
 - Bei geminderter Erwerbsfähigkeit kann diese gebessert oder wiederhergestellt oder eine Verschlechterung abgewendet werden
 - Bei teilweiser Erwerbsminderung kann der Arbeitsplatz erhalten werden

- **Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI)**
 - 180 Beitragsmonate
oder
 - Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
oder
 - 6 Pflichtbeiträge zur RV in den letzten 2 Jahren
oder
 - Beschäftigungsaufnahme innerhalb von 2 Jahren nach Ende der Schulausbildung
oder
 - 60 Beitragsmonate nachgewiesen und Erwerbsminderung droht einzutreten oder liegt vor.

- **Kein Vorliegen von Ausschlussgründen (§ 12 SGB VI)**
 - Vorliegen eines Arbeitsunfalles oder Berufskrankheit → Berufsgenossenschaft
 - Altersrentenbezug oder -antrag von wenigstens 2/3 der Vollrente → Krankenversicherung
 - Beamte → Beamtenbeihilfe
 - Bei Untersuchungshaft oder Freiheitsstrafe
 -

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden grundsätzlich nicht vor Ablauf von 4 Jahren erbracht, es sei denn vorzeitige Leistungen sind aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können stationär oder ambulant durchgeführt werden.

Für Durchführung der RehaMaßnahme in ambulanter Form muss der / die Versicherte hierfür belastbar sein.

Entscheidung hierüber trifft der Sozialmedizinische Dienst.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- **Leistungen zur Prävention § 14 SGB VI**
 - vereinfachter Antrag ohne Befundbericht
 - erste Gesundheitsstörungen ohne Krankheitswert
 - Pflichtleistung
 - Kein Leistungsausschluss (4-Jahresfrist)
 - Diese Maßnahme kann jedes Jahr durchgeführt werden.
 - Keine Zuzahlungspflicht

- **Medizinische Leistungen zur Rehabilitation § 15 SGB VI**
 - Alle 4 Jahre
 - **Ausnahmen:**
 - medizinisch notwendig
 - Anschlussheilbehandlung
 - Entwöhnungsbehandlung
 - Vermeiden von Erwerbsminderungsrenten
 - **Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX)**
 - Berechtigten Wünschen wird entsprochen (zielgerichtete Klinik/ Region und Vertrag nach § 38 SGB IX)

- **Entwöhnungsbehandlung**
 - Sozialbericht einer Suchtberatungsstelle notwendig
 - Bei Inhaftierung Leistung möglich, wenn entsprechende Bescheinigung der JVA vorliegt (G0435)

- Hierfür muss entweder die Haft innerhalb von 8 Wochen nach Antragstellung regulär enden oder es besteht die Möglichkeit, der Zurückstellung nach § 35 BTMG, durch die EWB kann die Haftstrafe vermieden werden. Der Rehabeginn muss hierbei bereits feststehen.

- **Leistungen zur Kinderrehabilitation § 15 a SGB VI**
 - Renten- und Krankenversicherung sind gleichrangig
 - Zuständig ist der erstangegangene Träger
 - Eigenes Kind; in den Haushalt aufgenommenes Stief- oder Pflegekind; Enkel, Geschwister wenn im Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten.
 - Bis zum Vollendeten 12. Lebensjahr ist die Mitnahme einer Begleitperson möglich.
 - Wenn aus therapeutischer Sicht die Anwesenheit einer Begleitperson für Kinder, die das 12. Lebensjahr vollendet haben notwendig ist, dann wird dies ebenfalls genehmigt.

- **Leistungen zur Nachsorge § 17 SGB VI**
 - Im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation
 - Erfolg der vorangegangenen Leistung soll hierdurch gesichert werden
 - Zeitlich begrenzt
 - Einrichtung muss einen Vertrag mit der gesetzlichen Rentenversicherung haben (Seite der DRV-Nachsorge finden)
 - **IRENA** (24 Einheiten innerhalb 12 Monaten)-> keine Verlängerung möglich-nur für Versicherte, die im Erwerbsleben stehen
 - **T-RENA** (26 Einheiten innerhalb 6 Monaten->Verlängerung um 26 Einheiten und 6 Monaten möglich)-nur für Versicherte, die im Erwerbsleben stehen
 - **Psy-RENA** (25 Gesprächseinheiten innerhalb 12 Monaten)-> keine Verlängerung möglich-nur für Versicherte, die im Erwerbsleben stehen
 - **Tele-Reha-Nachsorge** -> für IRENA, T-RENA, Psy-RENA
 - **Rehasport** (6 Monate)-> keine Verlängerung möglich- auch für Altersrentner möglich
 - **Funktionstraining** (6 Monate)-> keine Verlängerung möglich-auch für Altersrentner möglich
 - **Suchtnachsorgeleistung** (20 Gruppen- und 2 Einzelgespräche innerhalb 6 Monaten)-> EWB regulär beendet und Leistungsvermögen von 3 h bis unter 6 h auf allgemeinen Arbeitsmarkt .

- **Onkologische Nachsorgeleistungen für Versicherte und Rentner § 31 SGB VI**
 - Renten- und Krankenversicherung sind gleichrangig
 - Zuständig ist der erstangegangene Träger
 - Das Ende der Primärbehandlung darf nicht länger als 2 Jahre zurückliegen, ansonsten Abgabe an Krankenkasse

Ergänzung zu Fragen:

Bei ambulanten Rehamaßnahmen wird seitens unserer Belegungsstelle nun geprüft, ob die Rehaeinrichtung sich innerhalb eines 50 km-Radius befindet und die Fahrstrecke 45 Min. nicht übersteigt.

Die Kontaktdaten unserer AHB_Stelle:

Fax: 0234 97838 70001 oder 70002

Telefon: 0234 304 33 711 oder 0800 0200 503

Mail: krankenversicherung@knappschaft.de dort bitte im Betreff die AHB Stelle benennen und ob es eine Leistung der Kranken- oder Rentenversicherung ist.

Nach Rücksprache mit unserer Belegungsstelle ist die Situation derzeit die, dass keinerlei Verträge mehr mit ausländischen Rehaeinrichtungen zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen.

Des Weiteren habe ich mich mit unserer Grundsatzabteilung zum persönlichen Budget in Verbindung gesetzt.

Nach § 29 SGB IX sind die Versicherten persönlichen Budget für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an Einrichtungen gebunden, die Verträge mit der gesetzlichen Rentenversicherung haben. Da die Versicherten sowieso ein Wunsch- und Wahlrecht haben, macht das persönliche Budget bei medizinischen Leistungen daher keinen Sinn.