

Gesundheit stärken



Rehabilitation und Vorsorge für Beschäftigte

Reha- und Vorsorgemaßnahmen – ein Erfolgsmodell

Weit über die Hälfte aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden von den Rentenversicherungen bezahlt. Denn oberstes Ziel ist, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen, statt gleich eine Rente wegen Erwerbsminderung oder Frührente zu zahlen (Grundsatz *Reha-vor-Rente*). So sollen Beschäftigte im Erwerbsleben gehalten werden.

Leistungen vom Rentenversicherer gibt es in der Regel nur für Erwerbstätige. Doch auch wenn aktuell keine Erwerbstätigkeit besteht, aber mindestens fünf Jahre Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden und eine Minderung der Erwerbsfähigkeit droht, können Reha-Maßnahmen durch den Rentenversicherungsträger bewilligt werden. Weitere Träger, wie Berufsgenossenschaft, Krankenversicherung und Sozialamt, sind u.a. zuständig bei Unfällen, wenn die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt sind oder wenn die Betroffenen nicht mehr erwerbsfähig oder schon in Rente sind.

Die alte „Kur“ ist tot. In der Alltagssprache und in den Wörtern wie Kurort wird der Begriff „Kur“ zwar noch benutzt. In den Gesetzestexten ist aber nur noch von „Vorsorge und Rehabilitation“ die Rede. Mit Vorsorgemaßnahmen sollen Krankheiten und Gesundheitsschäden verhütet werden, etwa wenn die Gesundheit geschwächt ist oder Risikofaktoren vorliegen. Sie werden meist von der Krankenkasse finanziert.

Rehabilitation verfolgt das Ziel der Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben. Hier geht es darum, bestehende, oft chronische Gesundheitsprobleme zu beseitigen, abzumildern oder neue Fertigkeiten zu trainieren. Auch bei Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol oder illegalen Drogen bietet die Rentenversicherung Entwöhnungsbehandlungen an und übernimmt die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen.

Bei der Rehabilitation wird unterschieden zwischen

- ▶ der medizinischen Rehabilitation (einschließlich der onkologischen Rehabilitation),
- ▶ der beruflichen Rehabilitation, mit der eine Rückkehr in das Arbeitsleben erreicht werden soll, am besten an den alten Arbeitsplatz,
- ▶ der sozialen Rehabilitation, die eine Eingliederung in Familie und Gesellschaft anstrebt und
- ▶ der geriatrischen Rehabilitation, mit der eine möglichst selbstständige Lebensführung im Alter erhalten werden soll.

Dabei können mit einer Maßnahme durchaus mehrere Ziele angestrebt werden, wenn Sie den bisherigen Beruf aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr ausüben können.

Es werden unterschieden

- ▶ **Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen** sind die *klassische* Form der „Kur“, wenn ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sind. Hier sind Sie ganztags in einer Klinik untergebracht und werden behandelt. Sie eignen sich vor allem bei chronischen Gesundheitsstörungen und bei ausgeprägten Risikofaktoren.
- ▶ **Ambulante Rehabilitationsleistungen**, aber auch zusammenhängende ambulante Programme gewinnen an Bedeutung, nicht zuletzt aus finanziellen Gründen. Sie wohnen zu Hause (oder auf eigene Kosten in einer Unterkunft am Kurort) und werden in einer Einrichtung in der Nähe behandelt.
- ▶ **Anschlussheilbehandlungen (AHB)** als spezielle stationäre Rehabilitationsmaßnahmen dienen der Nachsorge von akuten Erkrankungen. Nach dem Krankenhausaufenthalt können Sie in einer spezialisierten Klinik verloren gegangene Fertigkeiten wieder trainieren und lernen, mit den Belastungen des Alltags- und Berufslebens wieder zurechtzukommen.



Arbeitnehmerkammer
Bremen

„gesundheit!“



Der Antrag

Wenn Sie sich längere Zeit schlapp fühlen, häufig krank sind, bei chronischen Schmerzen, nach einem Unfall oder einer schweren akuten Krankheit kann es Zeit sein für eine „Kur“. Besprechen Sie sich zuerst mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin. Das kann Ihr Hausarzt oder ein Fach- oder Betriebsarzt sein. Denn es muss in einem Attest bzw. in einem Befundberichtsformular des Kostenträgers bescheinigt werden, dass eine Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme medizinisch erforderlich ist.

Von den medizinischen Voraussetzungen hängt es unter anderem ab, ob eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung angezeigt ist und in welchem Umfang die Kosten übernommen werden. Dazu muss beim zuständigen Leistungsträger ein Antrag gestellt werden. Wer das ist, steht nicht immer eindeutig fest, und so begann in der Vergangenheit so manches Mal der „Hindernislauf Kur“. Zu den Rehabilitationsträgern, die Leistungen finanzieren, gehören:

- ▶ die gesetzlichen Rentenversicherungen,
- ▶ die gesetzlichen Krankenversicherungen,
- ▶ die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- ▶ die Träger der Kriegsopferversorgung, -fürsorge,
- ▶ die Träger der Sozialhilfe sowie Jugendämter und
- ▶ die Bundesagentur für Arbeit.

Es ist nicht Ihre Aufgabe herauszufinden, wer in Ihrem Fall zuständig ist. Diese Frage müssen die Kostenträger untereinander klären. Sie müssen sicherstellen, dass Ihnen keine Nachteile entstehen. Daher können Sie sich an Ihre Krankenkasse oder einen anderen Sozialversicherungsträger wenden. Diese sind zur allgemeinen Auskunft und Unterstützung verpflichtet.

Jede Rehabilitationseinrichtung ist in der Regel spezialisiert auf bestimmte Krankheiten. Abhängig von Ihrer Diagnose, Ihrem persönlichem Gesundheitszustand, speziellen Therapiemethoden und ggf. persönlichen Gesichtspunkten. So kann es sinnvoll und notwendig sein, dass Sie Abstand von zu Hause bekommen. Wichtig ist auch, dass die geeignete Einrichtung gefunden wird. Besprechen Sie diese Fragen mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin, dem Kostenträger oder einer Beratungsstelle.

Die Servicestellen

Alternativ können Sie sich an die sogenannten Servicestellen wenden. Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) wollte mit dieser Einrichtung für mehr Klarheit im Zuständigkeitsdschungel sorgen. Sie sind Ansprechpartner für alle Fragen rund um die Rehabilitation, unabhängig davon, wer zuständig ist und die Kosten trägt. Hier erhalten Sie Hilfe, falls Sie mit Ihrem Kostenträger nicht zurechtkommen. Dann könnte es sinnvoll sein, eine Servicestelle aufzusuchen, die nicht dem Träger zugeordnet ist, mit dem Sie gerade „Schwierigkeiten“ haben.

www.reha-servicestellen-nds.de

www.arbeitnehmerkammer.de

Das Genehmigungsverfahren

Klare Fristenregelungen sorgen für rasche Klärung. Nach spätestens drei Wochen muss der zuständige Kostenträger entscheiden. Verzögern kann sich die Bearbeitung, wenn der Antrag zunächst bei der falschen Stelle eingeht. Dann muss der erste Träger den Antrag innerhalb von zwei Wochen an den „zuständigen“ Träger weiterleiten. Die Krankenkasse oder die Deutsche Rentenversicherung lassen die Notwendigkeit der Leistungen durch ihre medizinischen Dienste prüfen. Eventuell können zusätzliche Gutachten notwendig sein. Weitere Experten können auf Ihren Antrag hinzugezogen werden.

Wenn Fristen nicht eingehalten werden können, müssen Sie informiert und der Grund für den Aufschub angegeben werden. Geschieht dies nicht, haben Sie das Recht, sich Leistungen selbst zu beschaffen. Dies gilt auch, wenn Ihr Antrag zu Unrecht abgelehnt wird oder keine ausreichenden Gründe für die Verzögerung vorliegen. Bei selbstbeschafften Leistungen sollte allerdings zuvor eine sozialrechtliche Beratung hinzugezogen werden, da sonst die Gefahr besteht, dass Sie die Ausgaben aus der eigenen Tasche bezahlen müssen.

Diese Regelungen gelten jedoch nicht, wenn Sie eine ambulante Vorsorgemaßnahme beantragen. Ansprechpartner ist dann Ihre Krankenkasse.

Einen neuen Antrag für eine Rehabilitationsmaßnahme können Sie in der Regel erst nach vier Jahren, für eine ambulante Vorsorge bei der Krankenversicherung schon nach drei Jahren stellen. Im Einzelfall kann aber unter bestimmten Voraussetzungen auch vorzeitig ein erneuter Antrag gestellt werden.

Vom Antrag zum Bescheid

Der Rehabilitationsträger leitet den Antrag zusammen mit Attesten an den Medizinischen oder Sozialmedizinischen Dienst zur Begutachtung. Nach Aktenlage oder durch eine medizinische Untersuchung soll eine Prognose über Chancen der Rehabilitation oder die medizinische Notwendigkeit abgegeben werden, die als Empfehlung an den Leistungsträger geht. Bei einer stationären Rehabilitation werden Ihnen Dauer, Ort und Klinik vom jeweiligen Träger mitgeteilt. Ob Ihre Wünsche nach Kurort und Zeitpunkt berücksichtigt werden, entscheidet der Versicherungsträger.

Sonderfall 1

Unfälle und Berufskrankheiten

Zuständig sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, wie die Berufsgenossenschaften. Ein Unfall am Arbeitsplatz oder auf dem Weg zur Arbeit muss vom Arbeitgeber innerhalb von 3 Tagen an die Unfallversicherung gemeldet werden.

Den Verdacht auf Berufskrankheit müssen Arzt, Krankenkasse oder Arbeitgeber bei der Berufsgenossenschaft anzeigen. Zudem hat jeder das Recht, eine Berufskrankheit bei der Berufsgenossenschaft zu melden: Betroffene, Verwandte, Kolleginnen und Kollegen sowie Betriebs- und Personalräte.

Weitere Informationen und Beratung:

www.Arbeitnehmerkammer.de / [Berufskrankheit](http://www.Berufskrankheit.de)

Wenn Sie arbeitsunfähig krank sind oder bei einer stationären und ambulanten medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, haben Sie Anspruch auf Lohn- und Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber, sofern der Anspruch nicht bereits durch eine 6-wöchige vorausgegangene Krankheit verbraucht ist. Diese dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.

Immer wieder werden Kuren abgelehnt. Mögliche Ablehnungsgründe können sein, dass nach Auffassung des Medizinischen Dienstes oder des Kostenträgers die Behandlungsmöglichkeiten zu Hause – also ambulante Maßnahmen – noch nicht ausgeschöpft seien oder trotz gegebener Risikofaktoren oder Erkrankung keine anhaltende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vorläge. Auch eine vermeintlich schlechte Prognose der Rehabilitationsfähigkeit des Antragstellers ist ein häufiger Ablehnungsgrund. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen wird häufig erwartet, dass bereits eine Behandlung bei einem Psychiater oder Psychologen begonnen wurde.

Widerspruch und Klage

Wenn Sie die Ablehnung nicht hinnehmen wollen, legen Sie fristgerecht Widerspruch ein. Wurde der Antrag nur mündlich abgelehnt, bitten Sie den zuständigen Sachbearbeiter oder Arzt um schriftliche Erläuterung, warum der Antrag abgelehnt wurde. Lassen Sie sich die medizinischen oder sozialrechtlichen Gründe erklären. Erkundigen Sie sich nach der Rechtsgrundlage. Bringen Sie medizinische Sachverhalte vor, beziehen Sie sich auf Gesetze, Rechtsprechung oder die Satzung der Rehabilitationsträger, wenn diese Ihres Erachtens falsch ausgelegt oder Spielräume nicht ausreichend genutzt wurden. Je nach Fragestellung sollten Sie sich mit Ihrem Arzt oder einer Patientenberatungsstelle besprechen oder sozial- und versicherungsrechtliche Beratung hinzuziehen, um ihren Widerspruch zu begründen und notwendige Fristen einzuhalten.

Prüfen Sie bei einer Zurückweisung des Widerspruchs durch den Widerspruchsbescheid, ob eine Klage Aussicht auf Erfolg hat. Das Verfahren vor dem Sozialgericht ist kostenlos. Allerdings können finanzielle Belastungen entstehen, wenn Sie einen Rechtsanwalt hinzuziehen oder Gutachten erstellt werden müssen.

Kosten und Leistungen

Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme werden fast alle Kosten vom Leistungsträger getragen. Dazu gehören die ärztliche Behandlung, die Ausgaben für Heilmittel wie Krankengymnastik oder Packungen sowie für Hilfsmittel, z.B. Prothesen und Rollstühle. Übernommen werden weiter die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Reise.

Sehr viel höhere Kosten entstehen Ihnen bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme der Krankenversicherung. Übernommen werden auch hier Ausgaben für medizinische Leistungen. Für Unterkunft und Verpflegung erhalten Sie aber nur einen Zuschuss.

Bei allen Rehabilitationsmaßnahmen müssen Sie Zuzahlungen leisten. Davon ausgenommen sind Maßnahmen der Berufsgenossenschaften. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie jedoch von Zuzahlungen ganz oder teilweise befreit werden. Insbesondere für Auszubildende ist wichtig, dass unter 18jährige in der Regel keine Zuzahlung leisten müssen. Befreit sind auch junge Erwachsene über 18 Jahren ohne eigenen Rentenanspruch, wenn die Rentenversicherung der Eltern zahlt.

Beachten Sie, dass die Regelungen von Kranken- und Rentenversicherung teilweise unterschiedlich sind. Klären Sie daher vorab mit Ihrem Sozialversicherungsträger, welche Belastungen auf Sie zukommen.

Während der stationären Rehabilitation haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer grundsätzlich das Recht auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes für bis zu 6 Wochen, sofern der Anspruch nicht durch die vorangegangene Arbeitsunfähigkeit verbraucht ist.

Der Arbeitgeber ist nach Bundesurlaubsgesetz verpflichtet, im Anschluss an eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme Urlaub zu gewähren, falls Sie diesen wünschen. Danach können Krankengeld, Übergangsgeld oder Verletztengeld gewährt werden.

Diese Leistungen können von Bedeutung sein bei einer lange andauernden chronischen oder schweren Krankheit. Hilfen gibt es außerdem für Umschulungen und andere berufsfördernde Leistungen, wenn der frühere Beruf nicht mehr ausgeübt wird oder der alte Arbeitsplatz angepasst werden muss. Bei Kindern unter 12 Jahren oder mit einer Behinderung haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Auch hier gelten die Zuzahlungsregelungen. Unter Umständen kann nach Maßgabe des SGB IX auch ein Anspruch auf Mitnahme des Kindes an den Kurort auf Kosten des Rehabilitationsträgers bestehen. Erkundigen Sie sich bitte hierüber bei dem Kostenträger.

Erwerbstätigkeit nach der Kur

Die Abschlussuntersuchung gegen Ende der „Kur“ stellt wichtige Weichen. Denn die Ergebnisse werden im Entlassungsbericht festgehalten, der die Grundlage bildet für die Nachsorge und zukünftige Leistungen. Er enthält Aussagen zu Ihrer beruflichen Belastungsfähigkeit und eventuell zu einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Sie sollten daher mit dem Arzt oder der Ärztin gründlich besprechen, welche Gesichtspunkte berücksichtigt werden müssen. Außerdem müssen Sie darauf achten, dass der Inhalt richtig ist und notfalls eine Korrektur fordern.

Arbeitsversuch / Wiedereingliederung

Möglicherweise ist eine stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben sinnvoll. Auch in diesem Fall haben Sie Anspruch auf Leistungen der Reha-Träger, wenn diese ärztlich verordnet wurden.

Sonderfall 2

Berufliche Reha-Maßnahme und Schwerbehinderung

Für die Belange von Schwerbehinderten sind die Integrationsämter zuständig. Die Bundesagentur für Arbeit fördert die Eingliederung von Behinderten in das Berufsleben. Auch bei einer beruflichen Rehabilitation können Sie sich an die Agentur wenden. Die Bundesagentur für Arbeit darf aber Leistungen nur bewilligen, wenn kein anderer Reha-träger zahlt.

Sonderfall 3

Mutter/Vater-Kind-Kuren

werden in der Regel von den Krankenkassen finanziert. In Einzelfällen besteht die Möglichkeit, dass eine Rehabilitationsleistung durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für die Mutter durchgeführt wird, zu der nicht behandlungsbedürftige Kinder zwischen 3 und 12 Jahren mitgenommen werden können. Näheres lesen Sie in unserem Informationsblatt zu Mutter/Vater-Kind-Kuren.



Aktiv und gesund!

Nutzen Sie den Schwung aus der Reha für den Einstieg in einen aktiven und gesundheitsbewussten Alltag. Sonst besteht die Gefahr, dass die gesundheitlichen Erfolge nicht lange anhalten. Alleine ist dies erfahrungsgemäß sehr viel schwieriger als vereint mit anderen. Suchen Sie sich daher Gleichgesinnte.

Bei schwereren Gesundheitsstörungen kann es erforderlich sein, dass Sie zu Hause weiter trainieren. Zur Nachsorge gehören dann der Rehabilitationssport oder das Funktionstraining, die von speziell ausgebildeten Übungsleitern und -leiterinnen betreut werden. Sie müssen ärztlich verordnet und beim Rehabilitationsträger beantragt werden. Daneben finden Sie vielfältige Angebote bei den lokalen Sportvereinen und im Behindertensport.

Vielleicht zieht es Sie aber auch zu einem ganz anderen Engagement und Aktivitäten. Egal, wofür Sie sich entscheiden – Aktivität, Freude, aber auch Zeit für Muße und für Sie selbst sind wichtige Garantien für einen neuen und gesunden Lebensabschnitt und machen Sie belastbar für den Arbeitsalltag.

Weitere Informationen

Eine Liste der Servicestellen und weiterer Beratungsstellen erhalten Sie unter www.reha-servicestellen-nds.de. Weitere Informationen und Broschüren erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse, den Rentenversicherungsträgern und den Servicestellen der Rehabilitationsträger.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
gebührenpflichtiges Bürgertelefon zum Arbeitsrecht: Tel. 01805 / 67 67-13
www.bmas.bund.de

Bundesministerium für Gesundheit
Bürgertelefon zur gesetzlichen Krankenversicherung:
Tel. 030 / 340 60 66-01
www.bmg.bund.de

Deutsche Rentenversicherung
Geschäftsstelle Bremen
Schwachhauser Heerstr. 32-34
28209 Bremen
Geschäftsstelle Bremerhaven
Bgm.-Martin-Donandt-Platz 13
27568 Bremerhaven
www.deutsche-rentenversicherung.de/
Oldenburg Bremen
kostenloses Servicetelefon:
Tel. 0800 / 10 00 48 00 oder
Tel. 0800 / 10 00 48 028 (Bremen)
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutscher Heilbäderverband
www.deutscher-heilbaederverband.de

Sozialrechtliche Beratung

Versicherungsamt Bremen
Contrescarpe 72, 28195 Bremen,
Tel. 0421 / 361-5385

Magistrat Bremerhaven, Rechts- und Versicherungsamt
Hinrich-Schmalfeldt-Straße 42,
Stadthaus 1, 27576 Bremerhaven,
Tel. 0471 / 590-2307

Sozialverband Deutschland, LV Bremen
(für Mitglieder) www.sovd-hb.de

Sozialverband VdK, Niedersachsen-Bremen (für Mitglieder)
www.vdk.de/niedersachsen-bremen.de

Adressen von **Fachanwälten für Sozialrecht** hält die Hanseatische Rechtsanwaltskammer Bremen vor.

Unabhängige Patientenberatung
Bremen: Tel. 0421 / 34 77 399
Bremerhaven: Tel. 0471 / 48 33 999
www.patientenberatung-bremen.de

PatientInnenstelle im Gesundheitsladen e.V.
Tel. 0421 / 49 35 21
www.patientInnenstellen.de

Rechtsberatung Ihrer Gewerkschaft

Rechtsberatung der Arbeitnehmerkammer Bremen

Geschäftsstelle Bremen
Bürgerstr. 1, 28195 Bremen
Tel. 0421 / 36 301-0

Geschäftsstelle Bremen-Nord
Lindenstr. 8, 28755 Bremen
Tel. 0421 / 66 950-0

Geschäftsstelle Bremerhaven
Barkhausenstraße 16
27568 Bremerhaven
Tel. 0471 / 92 235-0

Literatur

Verbraucherzentrale:
Ihr Recht auf Reha.
Alles über Antragstellung, Leistungen und Zahlung, 2014.
www.ratgeber-verbraucherzentrale.de



Arbeitnehmerkammer
Bremen

„gesundheit!“

> Impressum

Vorsorge und
Rehabilitation

Überarbeitete
und aktualisierte
Neuaufgabe 15/2015
Juli 2015

Unter Mitarbeit von
Christian Au

„gesundheit!“ wird herausgegeben von der Arbeitnehmerkammer Bremen und erscheint unregelmäßig. „gesundheit!“ gibt Gesundheitstipps und informiert Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über Themen und aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik, die die Mitglieder der Arbeitnehmerkammer betreffen. Kammermitglieder mit KammerCard erhalten „gesundheit!“ kostenlos bei allen Geschäftsstellen der Arbeitnehmerkammer. Wenn Sie weitere Informationen wünschen, rufen Sie uns an: Arbeitsschutz- und Gesundheitspolitik: Barbara Reuhl 0421 / 363 01-991, Carola Bury 0421 / 363 01-990
Arbeitnehmerkammer Bremen, Bürgerstraße 1, 28195 Bremen
gesund@arbeitnehmerkammer.de, www.arbeitnehmerkammer.de
Nachdruck nur mit Genehmigung der Arbeitnehmerkammer Bremen

Weitere Titel dieser Reihe

- ▶ **Burn-out – ausgebrannt**
- ▶ **Mahlzeit**
- ▶ **Mobbing – was tun?**
- ▶ **Sommerhitze in Arbeitsräumen**
- ▶ **Sonne und Hitze – Arbeiten im Freien**
- ▶ **Ergonomie am Computer zuhause**
- ▶ **Mutter-Kind-Kur***
- ▶ **Am Arbeitsplatz: nüchtern.**
- ▶ **Arbeitsweg**
- ▶ **Gute Reise**
- ▶ **Behinderung am Arbeitsplatz**
- ▶ **Stimmbelastungen im Beruf**

- ▶ **Stress abbauen**
 - ▶ **Zuzahlungen und Belastungsgrenzen**
 - ▶ **Hautschutz im Beruf**
 - ▶ **Beruf und Pflege**
 - ▶ **Hören und Lärm im Beruf**
 - ▶ **Rücken**
 - ▶ **und weitere aktuelle Themen**
* auch in russischer Sprache
- Alle Infos auch als PDF unter:
www.arbeitnehmerkammer.de/gesundheit