

# Ihr Weg zur Rehabilitation

## Was wird beantragt?

**Medizinische Rehabilitation für Mütter & Väter**  
Gesetzesgrundlage: § 41 SGB V

**Ambulante Rehabilitation**  
in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag gemäß § 111c SGB V, auch mobile Reha-Leistungen durch wohnortnahe Einrichtungen  
GKV: § 40,1 SGB V  
GRV: § 9ff. SGB VI

## Warum?

Erkennung oder Heilung von Krankheiten  
Linderung der Beschwerden  
Vermeiden von Verschlimmerung

Folgen einer bestehenden Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung abwenden, mildern, beseitigen und/oder Verschlimmerung verhüten.  
GKV: § 11, 2 SGB V

Reha muss aus medizinischen Gründen erforderlich sein  
GRV: § 9 SGB VI

Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit und/oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert (Ziel: Verbesserung/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit)  
GRV: § 10 SGB VI

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen, siehe GRV: § 11 SGB VI

## Der Antrag

Informationen:  
Müttergenesungswerk der  
Elly-Heuss-Knapp-Stiftung  
Telefon: 030/33 00 29-29  
www.muetergenesungswerk.de

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)  
Bewilligung vor Beginn der Maßnahme erforderlich

Antrag von Arzt und Patient bei:

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)  
für Rentner, Schüler, Studenten,  
Kinder und nicht Berufstätige

Deutsche Rentenversicherung (DRV)  
für Arbeitnehmer/Angestellte, Kinder/Schüler und  
Bezieher von Erwerbsminderungsrenten

## Die Kosten

Dauer: 21 Tage regulär, Verlängerung wenn medizinisch notwendig möglich  
Antragstellung: alle 4 Jahre möglich  
Ausnahme: dringende medizinische Gründe  
Volle Kostenübernahme durch die GKV.  
Eigenbeteiligung: 10 € pro Tag

Dauer: 21 Tage regulär  
Antragstellung: alle 4 Jahre möglich  
Ausnahme: dringende medizinische Gründe  
Volle Kostenübernahme durch GKV oder DRV  
Eigenbeteiligung: 10 € pro Tag, max. 28 Tage p.a.,  
Krankenhausaufenthalte werden angerechnet

## Die Ablehnung

Bei einer Ablehnung muss der Widerspruch schriftlich und innerhalb von 4 Wochen nach Bescheidzugang erfolgen. Am besten den Arzt einbinden und bei Bedarf Rechtsrat einholen.

## Was wird beantragt?

**(Teil-)stationäre Rehabilitation**  
in zertifizierter Reha-Einrichtung gemäß § 20, 2a SGB IX  
GKV: § 40, 2 SGB V  
GRV: § 9ff. SGB VI

**Anschlussheilbehandlung (AHB)**  
GKV: § 40, 2 SGB V  
GRV: §§ 9ff. SGB VI  
§ 5, 4 SGB XI

## Warum?

Folgen einer bestehenden Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung abwenden, mildern, beseitigen und/oder Verschlimmerung verhüten.  
GKV: § 11, 2 SGB V

Reha muss aus medizinischen Gründen erforderlich sein  
GRV: § 9 SGB VI

Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit und/oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert (Ziel: Verbesserung/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit)  
GRV: § 10 SGB VI

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen, siehe GRV: § 11 SGB VI

## Der Antrag

Antrag von Arzt und Patient bei der:

Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)  
für Rentner, Schüler, Studenten,  
Kinder und nicht Berufstätige

Deutschen Rentenversicherung (DRV)  
für Arbeitnehmer/Angestellte, Kinder/Schüler und  
Bezieher von Erwerbsminderungsrenten

Antrag durch Sozialdienst des Krankenhauses auf Basis des Wunsch- und Wahlrechtes bei der:

Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)  
für Rentner, Schüler, Studenten,  
Kinder und nicht Berufstätige

Deutschen Rentenversicherung (DRV)  
für Arbeitnehmer/Angestellte, Kinder/Schüler und  
Bezieher von Erwerbsminderungsrenten

## Die Kosten

Dauer: 21 Tage regulär  
Antragstellung: alle 4 Jahre möglich  
Ausnahme: dringende medizinische Gründe  
Volle Kostenübernahme durch GKV oder DRV  
Eigenbeteiligung: 10 € pro Tag, max. 28 Tage p.a.,  
Krankenhausaufenthalte werden angerechnet

Antritt in der Regel bis 14 Tage nach Krankenhaus-Aufenthalt oder ambulanter OP

## Die Ablehnung

Bei einer Ablehnung muss der Widerspruch schriftlich und innerhalb von 4 Wochen nach Bescheidzugang erfolgen. Am besten den Arzt einbinden und bei Bedarf Rechtsrat einholen.