



## Informationen zur Anschlussrehabilitation / Anschlussheilbehandlung für Patientinnen und Patienten



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach ärztlicher Einschätzung ist bei Ihnen als weitergehende Versorgung eine Anschlussrehabilitation erforderlich. Diese erfolgt in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen und unterstützt Sie bei der Erreichung Ihrer Behandlungs- und Rehabilitationsziele.

Die Anschlussrehabilitation soll in der Regel unmittelbar (innerhalb von 14 Tagen) an die stationäre Krankenhausbehandlung anschließen und kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Die ambulante Rehabilitation dauert i.d.R. 15 Tage. Die stationäre Rehabilitation dauert i.d.R. 3 Wochen. Welche Rehabilitationsform für Sie die medizinisch geeignetste ist, klären Sie in Rücksprache mit den behandelnden Ärzten im Klinikum. Eine Direktverlegung ist nur möglich, wenn vor der Verlegung eine Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers vorliegt.

Bei der Antragstellung werden Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinischen Sozialdienstes unterstützt. Zusätzlich erstellt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt einen ärztlichen Befundbericht. Hierbei werden Ihnen auch geeignete Rehabilitationseinrichtungen vorgeschlagen. Die Entscheidung über die Kostenübernahme der Anschlussrehabilitation und die Rehabilitationseinrichtung nehmen die Krankenkasse oder die Rentenversicherungsträger in der Regel noch während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus vor. Sind Sie ausreichend mobil, kann für gewöhnlich eine unmittelbare Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Die erforderlichen Kosten für die Anschlussrehabilitation sowie die Reisekosten werden i.d.R. vom zuständigen Kostenträger übernommen.

Gerne können Ihrem Kostenträger Ihre Wünsche zu einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung genannt werden. Der Kostenträger prüft, ob diesen Wünschen entsprochen werden kann. Dabei werden medizinische Gründe sowie auch Ihre persönliche Lebens- und Familiensituation beachtet. Wichtig ist jedoch immer, dass Ihre Rehabilitationsziele in der von Ihnen gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit der gleichen Wirkung und in der gleichen Qualität erreicht werden können wie in der Einrichtung, die Ihre Kostenträger ausgewählt hätte.

Sollte für Ihre Auswahl einer teureren Einrichtung kein ausreichender Grund vorliegen, kann diese dennoch ausgewählt werden, wenn sie medizinisch geeignet und zertifiziert ist. In diesem Fall sind etwaige Mehrkosten durch Sie selbst zu tragen. Die gesetzliche Zuzahlung ist davon unabhängig zu leisten. Haben Sie innerhalb eines Kalenderjahres bereits für eine andere Rehabilitation oder eine stationäre Krankenhausbehandlung Zuzahlungen geleistet, werden diese angerechnet.

Sicherlich haben Sie weitere Fragen rund um Ihre Anschlussrehabilitation. Der Sozialdienst in Ihrem Krankenhaus oder Ihre Kostenträger stehen Ihnen gern beratend zur Seite. Auf die Möglichkeit der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (§ 32 SGB IX) weisen wir hin.

Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de)

Sprechen Sie uns gerne direkt an oder fragen Sie auf Station nach dem Klinischen Sozialdienst!

Mit den besten Wünschen  
für Ihre Gesundheit