

Alterssicherung der Landwirte



Medizinische
Rehabilitationsleistungen
der Alterskasse

Rehabilitation lohnt sich 4

Die Leistungen im Überblick 4

Persönliche Anspruchsvoraussetzungen 5

Versicherungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen 5

Ausschluss von Leistungen 6

Wiederholung von Leistungen 6

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 7

Anschlussheilbehandlungen 8

Kinderheilbehandlungen 8

Onkologische Nach- und Festigungskuren 9

Entwöhnungsbehandlungen 10

Auswahl einer geeigneten 11

Rehabilitationseinrichtung 11

Ergänzende Leistungen 12

Fahr- und Reisekosten 12

Rehabilitationssport und Funktionstraining 13

Zuzahlung 14

Antragstellung und Ablauf 15



Seite 8



Seite 9

Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Hinweis: Um Sachgerechtigkeit über Ihren Antrag entscheiden zu können, möchten wir Sie ersuchen, die folgenden Angaben vollständig zu beibringen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) ausgedrückt wird, ist ein gesetzlich vorgeschriebenes Hilfsmittel. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, keine Leistungen zur Verfügung stellen können.

A. Angaben zur Person des Antragstellers

Name, Vorname (gegebenenfalls auch Geburtsname) Geburtsdatum
-<GetB Datum>
 Name Geburtsdatum
-<GetB Datum>

Stelle, Hausnummer, PLZ, Wohnort Telefon-Vorwahl/Nummer
 Anschrift Telefon-Vorwahl/Nummer
 Standort Telefon-Vorwahl/Nummer

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet in eingetragener Partnerschaft lebend

Inhabergemeinschaft Familienunternehmen

seit Tag, Monat, Jahr In eingetragener Partnerschaft lebend

Seite 15

Rehabilitation lohnt sich

Eine erfolgreiche Rehabilitation bewirkt viel: Sie beugt dem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben infolge Krankheit oder Behinderung vor und sie dient bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit einer möglichst dauerhaften Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Ein zentrales Ziel dieser Leistung ist es daher, Erwerbsminderungsrenten durch Erhalt der Erwerbstätigkeit zu vermeiden. Der Verbleib im Arbeitsleben sichert die finanzielle Unabhängigkeit und die Teilhabe am sozialen Umfeld. Kurz gesagt: Rehabilitation dient der Erhaltung der Lebensqualität. Rehabilitation lohnt sich, deshalb lautet unser Grundsatz: Rehabilitation vor Rente!

Rehabilitation vor Rente

Die Leistungen im Überblick

Die Alterskasse kann

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (einschließlich Anschlussheilbehandlungen, onkologischen Nach- und Festigungskuren, Entwöhnungsbehandlungen sowie Kinderheilverfahren) und
- ergänzende Leistungen zur wirtschaftlichen Absicherung

erbringen. Die ärztliche Behandlung akuter Krankheiten sowie ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen zur bloßen Stärkung der Gesundheit gehören nicht zum Aufgabenfeld der Alterskasse. Diese Leistungen können durch andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse) erbracht werden.

Persönliche Anspruchsvoraussetzungen

Die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen liegen vor, wenn die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Be-

hinderung erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und durch die Rehabilitationsleistung voraussichtlich entweder

- die Minderung der Erwerbsfähigkeit verhindert oder
- die geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder zumindest deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

Auch wenn bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen, wenn dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich wiederhergestellt werden kann.

Erwerbsminderungsrente und Reha

Die Prüfung dieser persönlichen Voraussetzungen ist Gegenstand ärztlicher/sozialmedizinischer Feststellungen und Beurteilungen unter Berücksichtigung aller relevanten Aspekte. Die Leistungsentscheidung der Alterskasse erfolgt auf Grundlage dieser Feststellungen und Beurteilungen.

Versicherungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind gegeben, wenn

- bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt ist,
- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen vorliegen,
- der Antragsteller innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt hat oder er nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist oder

- der Versicherte bei Antragstellung vermindert erwerbsfähig ist oder wenn dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, sofern die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist.

Der Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder der überlebende Ehegatte, der Anspruch auf eine Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat, erfüllt stets die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Info

Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfüllen stets die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Ausschluss von Leistungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht für Versicherte erbracht, die u. a.

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können,
- eine Rente wegen Alters aus der Alterssicherung der Landwirte beantragt haben oder beziehen,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei sind.

Wiederholung von Leistungen

Grundsätzlich besteht erst nach Ablauf von vier Jahren erneut Anspruch auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Kosten

der vorangegangenen Maßnahme von der Alterskasse, einer gesetzlichen Rentenversicherung, der Krankenkasse oder einem anderen Leistungsträger übernommen oder bezuschusst wurden. Eine erneute Rehabilitation kann jedoch auch vor Ablauf von vier Jahren bewilligt werden, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist. Gesundheitlich erforderlich ist eine Maßnahme, wenn bis zum Ablauf des Wiederholungszeitraums sonst volle Erwerbsminderung droht.

Info

Eine erneute Rehabilitation kann auch vor Ablauf von vier Jahren bewilligt werden, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation wird in eigens dafür ausgewählten Einrichtungen ambulant oder stationär durchgeführt.

Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ganztägig einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal betrieben werden und mit denen ein Vertrag besteht.

Neben der stationären Rehabilitation werden zunehmend auch ganztägig ambulante Rehabilitationsleistungen angeboten, die medizinisch-therapeutisch gleichwertig sind. Bei diesen Maßnahmen wird eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung nur während der – im Regelfall ganztägigen – Therapiezeit aufgesucht. Außerhalb der Therapiezeiten kehrt man in die gewohnte häusliche Umgebung zurück und kann neu Erlerntes direkt im Alltag umsetzen. Die notwendigen täglichen Fahrkosten zur ambulanten Einrichtung werden im gesetzlich vorgesehenen Rahmen erstattet.

Info

Eine Alternative zur stationären Rehabilitation ist die ganztägig ambulante Rehabilitation.

Die Leistungen sollen in der Regel für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können aber darüber hinaus

Dauer der Rehamaßnahme

verlängert werden, wenn dies erforderlich ist, um das Behandlungsziel zu erreichen. Die Behandlungen und Therapien in den Einrichtungen werden individuell gestaltet und speziell auf die jeweilige Erkrankung abgestimmt. Die Behandlung erfolgt nicht nur durch Ärzte, sondern je nach Bedarf auch durch Krankengymnasten, Psychologen, Bewegungstherapeuten und anderen fachlich qualifizierten Personen. Mit diesem breit gefächerten Leistungskatalog sollen einerseits bestehende Beschwerden gelindert und andererseits Hilfestellung und Anleitung für den alltäglichen Umgang mit Funktionseinschränkungen oder Behinderungen gegeben werden.



Anschlussheilbehandlungen

Eine spezielle Form der medizinischen Rehabilitation ist die Anschlussheilbehandlung (AHB). Die AHB erfolgt in besonders spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen und wird unmittelbar oder im engen zeitlichen Zusammenhang an eine Krankenhausbehandlung angetreten. Damit sollen Folgeerscheinungen schwerer Erkrankungen besser überwunden und der Genesungsprozess beschleunigt werden. Eine AHB kann z. B. bei Herzkrankheiten, Gelenkersatz, Operationen an Verdauungsorganen, Atmungsorganen oder Nieren sowie bei gynäkologischen Erkrankungen angezeigt sein. Das AHB-Antragsverfahren wird in der Regel bereits durch das Krankenhaus eingeleitet.

Kinderrehabilitationen

Krankheiten von Kindern und Jugendlichen müssen rechtzeitig und angemessen behandelt werden, um die Bildung chronischer Krankheiten und deren Folgen bis ins Erwachsenenalter zu vermeiden. Eine frühzeitige Rehabilitation bereits bei Krankheiten im Kindesalter kann somit dazu beitragen, die spätere Lebensqualität und Erwerbsfähigkeit zu sichern. Die Alterskasse bietet daher für Kin-

der, die erheblich erkrankt sind oder deren Gesundheit gefährdet ist, spezielle Rehabilitationsleistungen an.

Kinderrehabilitationen werden für Kinder von

- Versicherten,
- Beziehern einer Rente wegen Alters oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- sowie für Bezieher einer Waisenrente

erbracht. Die Alterskasse informiert bei Bedarf weitergehend zu den besonderen persönlichen und versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen.

Hauptindikationen stellen insbesondere die Atemwegsleiden, allergische Reaktionen, Hautkrankheiten, Herz- und Kreislaufbeschwerden, entzündliche und nicht entzündliche Prozesse des Bewegungsapparates sowie Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren dar.

Kinderrehabilitationen dauern in der Regel vier Wochen, sie können aber verlängert werden, wenn dies medizinisch notwendig ist und die Eltern einverstanden sind.

Nähere Auskünfte zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ergeben sich aus den Gemeinsamen Informationen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. Weitere Informationen hierzu haben wir in einer eigenen Broschüre zusammengefasst.



Onkologische Nach- und Festigungskuren

Das Leistungsspektrum der Alterskasse umfasst auch onkologische Nach- und Festigungskuren als spezielle Form der medizinischen Rehabilitation. Beim Vorliegen von bösartigen Tumoren (Krebs) können solche Leistungen auch dann durchgeführt werden, wenn

Info

Bei Krebserkrankungen kommen spezielle Nach- und Festigungskuren in Betracht.

zwar keine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten ist, wohl aber ein günstiger Einfluss auf den Gesundheitszustand. Dabei stehen medizinische Leistungen nach einer Erstbehandlung bösartiger Krebserkrankungen im Vordergrund. Zur Durchführung dieser speziellen Rehabilitation muss der Rehabilitand ausreichend belastbar und reisefähig sein.

Onkologische Nach- und Festigungskuren können

- Versicherte,
- Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte
- nicht versicherte Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner¹ und Kinder von Versicherten oder Rentenbeziehern

erhalten. Die Alterskasse informiert bei Bedarf weitergehend zu den besonderen persönlichen und versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen.

Onkologische Nach- und Festigungskuren können von der Alterskasse innerhalb eines Jahres und unter bestimmten Voraussetzungen auch innerhalb von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung erbracht werden. Sie dauern in der Regel drei Wochen, können aber verlängert werden, soweit dies medizinisch notwendig ist.

Entwöhnungsbehandlungen

Zum Leistungsangebot der Alterskasse gehören auch Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen. Diese spezielle Behandlungsform enthält nicht nur medizinisch-therapeutische Elemente, sondern berücksichtigt in besonderem Maße auch soziale und seelische Gesichtspunkte im Zusammenhang mit Abhängigkeits-



¹ Eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

erkrankungen. Diese Maßnahmen sollen den Betroffenen helfen, abstinent zu werden und dauerhaft zu bleiben. Oft ist vor einer Entwöhnung zunächst ein Entzug notwendig. Entzugsbehandlungen (Entgiftungen) können jedoch nicht von der Alterskasse, sondern ausschließlich von der Krankenkasse erbracht werden.

Entwöhnungsbehandlungen werden vorwiegend bei so genannten stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt. Dazu zählen insbesondere Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Die Alterskasse informiert bei Bedarf weitergehend zu den besonderen persönlichen und versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen sowie den weiteren Besonderheiten dieser Leistung. Diese Maßnahmen können stationär oder ambulant durchgeführt werden, ihre Dauer variiert je nach Art und Schwere der Suchterkrankung.

Info

Entzugsbehandlungen (Entgiftungen) bei Suchterkrankungen werden ausschließlich von der Krankenkasse erbracht. Die sich anschließende Entwöhnungsbehandlung kann von der Alterskasse übernommen werden.

Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung

Die Qualität der medizinisch-therapeutischen Leistungen und der Ausstattung der Vertragseinrichtungen der Alterskasse entsprechen höchsten Anforderungen. Die Alterskasse stellt die Auswahl der für das Erreichen des Rehabilitationsziels am besten geeigneten Einrichtung sicher.

Bereits im Antragsverfahren können der Alterskasse Wünsche zur Auswahl der Rehabilitationseinrichtung mitgeteilt werden. Solche Wünsche können z. B. die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung oder den Ort der Leistungserbringung betreffen und werden so weit wie möglich berücksichtigt. Dabei wird auch die persönliche Lebens- und Familiensituation beachtet. Voraussetzung ist jedoch immer, dass das Rehabilitationsziel dort mit der gleichen Wirkung erreicht werden kann wie in der Rehabilitationseinrichtung, die die Alterskasse ausgewählt hätte. Ein berechtigter Wunsch setzt somit voraus, dass es sich um eine Vertragseinrichtung handelt, die zur

Info

Nähere Informationen zur Leistung „Betriebs- und Haushaltshilfe“ sind dem gleichnamigen Flyer zu entnehmen.



Erreichung des Rehabilitationsziels medizinisch geeignet ist und alle geltenden Qualitätsstandards erfüllt. Für berechnete Wünsche, die die Leistung wesentlich verteuern (hierbei sind neben den Behandlungs- auch die Reisekosten zu berücksichtigen), sind die dadurch entstehenden Mehrkosten grundsätzlich selbst zu tragen. In diesen Fällen teilt die Alterskasse vor der abschließenden Entscheidung die voraussichtliche Höhe mit und fordert eine schriftliche Versichertereklärung an, dass die Kosten selbst getragen werden. Eine abschließende Entscheidung über die Auswahl der Einrichtung erfolgt in diesen Fällen erst nach der Rücksendung der schriftlichen Einverständniserklärung. Die gesetzlich bestimmte Zuzahlung ist unabhängig von eventuell selbst zu tragenden Mehrkosten zu leisten. Bei Detailfragen zu den Mehrkosten oder zur Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung ist die Alterskasse gern behilflich.

Ergänzende Leistungen

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sind:

- Betriebs- und Haushaltshilfe (gesonderter Flyer),
- Fahr- und Reisekosten,
- Rehabilitationssport und Funktionstraining,
- Rehabilitationsnachsorge.

Fahr- und Reisekosten

Die Alterskasse übernimmt die erforderlichen Fahr- und Reisekosten, die anlässlich der Vorbereitung (z. B. im Rahmen der Begutachtung) oder der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen entstehen. Bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln werden die Kosten für die niedrigste Klasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels unter Ausnutzung möglicher Fahrpreisvergünstigungen gegen Vorlage der entsprechenden Belege erstattet. Bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel (z. B.

PKW) wird eine Wegstreckenentschädigung von 20 Cent je Kilometer für die Hin- und Rückfahrt, maximal in Höhe von insgesamt 130,- Euro, erstattet. Ausnahmeregelungen gelten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich ist (z. B. Krankenwagen).

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Die Alterskasse übernimmt die notwendigen Kosten für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Anschluss an eine von ihr erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und der Rehabilitationssport oder das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt. Rehabilitationssport und Funktionstraining sollen als ergänzende Leistungen dazu beitragen, das Rehabilitationsziel zu erreichen.

Rehabilitationssport ist darauf ausgerichtet, insbesondere Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zu stärken. Rehabilitationssport kann bei Bedarf auch Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen, beinhalten.

Funktionstraining dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Störungen und Funktionen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile.

Im Zusammenhang mit Rehabilitationssport und Funktionstraining werden keine Fahr- und Reisekosten übernommen.



Rehabilitationsnachsorge

Für manche Menschen mit akuten oder chronischen Erkrankungen ist die zeitlich begrenzte Rehabilitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung nicht ausreichend, um den Rehabilitationserfolg auch nachhaltig zu stabilisieren. Viele Therapien sind langfristig effektiver, wenn sie über den Zeitraum der Rehabilitation hinaus fortgeführt werden. Als Rehabilitationsnachsorge werden daher insbesondere Maßnahmen zur Erhaltung der erzielten Funktionsverbesserung und zur Stabilisierung eingeleiteter Verhaltensänderungen sowie Beratungen zur Notwendigkeit weiterer therapeutischer Behandlungen erbracht. Diese Leistungen werden von der Rehabilitationseinrichtung bereits während der Rehabilitation empfohlen und eingeleitet. Die Kostenübernahme dieser ergänzenden Leistung muss vor Beginn der Maßnahme bei der Alterskasse beantragt werden.

Info

Patienten unter 18 Jahren sind von der Zuzahlungspflicht befreit. Keine Zuzahlung bei unzumutbarer Belastung – auf Antrag prüft die Alterskasse die Einkommensverhältnisse.

Zuzahlung

Zu den Kosten der stationären Rehabilitationsleistungen ist pro Tag ein gesetzlicher Eigenanteil (Zuzahlung) zu leisten. Dies gilt nicht, soweit der Rehabilitand das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Gänzlich ausgenommen sind die Kinderheilbehandlungen.

Die Dauer der Zuzahlung ist von der Art der Leistung abhängig. Außerdem können bestimmte innerhalb eines Kalenderjahres bereits geleistete Zuzahlungen auf die Zuzahlungsdauer angerechnet werden. Die Zuzahlung wird entweder während der Behandlung durch die Rehabilitationseinrichtung eingezogen oder später von der Alterskasse angefordert. Das genaue Verfahren und die Höhe der Zuzahlung wird von der Alterskasse mitgeteilt.

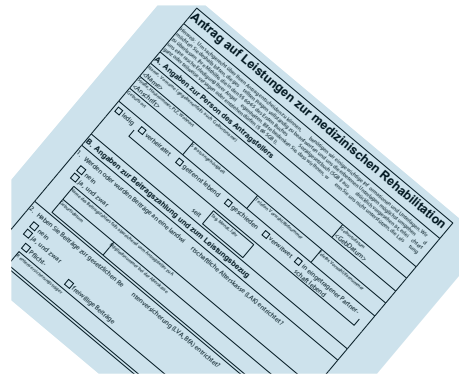
Auf Antrag entfällt die Zuzahlung, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde. Dies ist von den Einkommensverhältnissen abhängig. Die Alterskasse prüft auf



Antrag, ob eine Befreiung von der Zuzahlung in Betracht kommt. Für ganztägig ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen ist keine Zuzahlung zu entrichten.

Antragstellung und Ablauf

Leistungen zur Rehabilitation müssen bei der Alterskasse beantragt werden. Antragsformulare sind bei der Alterskasse oder im Internet erhältlich. Neben der örtlich zuständigen Alterskasse sind auch andere öffentliche Stellen wie Krankenkassen, Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation, Versicherungsämter oder die Wohnsitzgemeinde befugt, Anträge entgegenzunehmen. Das Antragsformular enthält einen medizinischen Teil, der vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden muss. Reicht dieser für eine Entscheidung über den Antrag nicht aus, wird die Alterskasse die Begutachtung durch einen Facharzt veranlassen.



The image shows a tilted document titled "Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation". It is a form with various sections and checkboxes. The main title is "Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation". Below it, there are sections for "Angaben zur Person des Antragstellers", "Angaben zur Rehabilitation und zur Leistung", and "Hilft die Befreiung von Zuzahlung?". The form includes fields for name, address, date of birth, and other personal information. There are also checkboxes for "Hilft die Befreiung von Zuzahlung?" and "Hilft die Befreiung von Zuzahlung?". The form is partially filled out with handwritten text.

Wer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu einem für ihn aus betriebswirtschaftlicher oder sonstiger Sicht bestimmten Termin erhalten möchte, sollte bereits frühzeitig einen entsprechenden Antrag stellen. Dies gilt insbesondere, wenn von der Alterskasse zugleich Betriebs- oder Haushaltshilfe gestellt werden soll. Nach Prüfung der versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen wird die Alterskasse über die Leistung entscheiden. Im Falle einer Bewilligung werden die bei der Alterskasse vorhandenen medizinischen Unterlagen der Rehabilitationseinrichtung übersandt. Diese legt dann – gegebenenfalls in Abstimmung mit der Alterskasse – den Termin für die Rehabilitationsmaßnahme fest.

Nach Durchführung der Heilbehandlung wird der Entlassungsbericht neben der Alterskasse auch dem Hausarzt zugestellt, der eventuell notwendige weitere Behandlungsschritte einleiten wird.

Bei Detailfragen helfen die Mitarbeiter der LAK gern.

Herausgeber:

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel
www.svlfg.de

Stand: 8/2015

