



Merkblatt über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der LAK

1. Verfahren

Leistungen zur Rehabilitation müssen bei der LAK beantragt werden. Das Antragsformular enthält auch einen medizinischen Teil (den ärztlichen Befundbericht), der vom behandelnden Arzt ausgefüllt und der LAK vorgelegt werden muss.

In der Regel wird die LAK eine sozialmedizinische Beratung/Begutachtung durch einen Facharzt veranlassen. Die Beratung/Begutachtung erfolgt zumeist nach Aktenlage, also auf der Grundlage des Antrags und des ärztlichen Befundberichts. In besonderen Fällen kann auch eine persönliche Begutachtung in Form einer körperlichen Untersuchung erforderlich werden. In einem solchen Fall werden von der Alterskasse in der Regel drei geeignete Gutachter in Wohnortnähe vorgeschlagen. Für die Beratungen/Begutachtungen gelten bundeseinheitliche Rahmenbedingungen. Das Ergebnis der Beratung/Begutachtung ist wesentliche Grundlage für die Entscheidung über den Leistungsantrag.

Im Rahmen der Antragsprüfung und Beratung/Begutachtung wird (unabhängig von der Entscheidung über den Antrag) auch untersucht, ob Anhaltspunkte für andere/weitere Teilhabebedarfe (ggf. auch eines anderen Rehabilitationsträgers) erkennbar sind.

Nach Prüfung der versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen wird die LAK über den Leistungsantrag entscheiden.

Die LAK hat bei der Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom Gesetz vorgegebene Bearbeitungsfristen einzuhalten. Ist zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen eine Begutachtung durch einen Beratungsarzt nicht erforderlich, muss die LAK innerhalb von drei Wochen nach Eingang der antragsbegründenden Unterlagen entscheiden; holt sie ein Gutachten ein, muss die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen werden.

Wird über den Rehabilitationsantrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der antragsbegründenden Unterlagen entschieden und erfolgt keine begründete Mitteilung in Hinsicht auf diese Fristüberschreitung, gilt der Antrag als genehmigt.

Ist die LAK für die beantragte medizinische Rehabilitationsleistung nicht zuständig, muss sie den Antrag unverzüglich an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten.

2. Inhalte und Ziele medizinischer Rehabilitationsleistungen

Die LAK erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung vorliegt und durch die Leistungen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich abgewendet bzw. eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bewirkt werden kann.

Medizinische Rehabilitationsleistungen basieren auf einem ganzheitlichen Ansatz, d. h. sie werden in eigens dafür ausgewählten Einrichtungen (ambulant oder stationär) komplex und interdisziplinär unter Beachtung der individuellen Erfordernisse durchgeführt. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen eine Vielzahl von Behandlungselementen. Zum Leistungsumfang gehören - in Abhängigkeit vom individuellen Behandlungsbedarf - insbesondere die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Bewegungstherapie, Hilfsmittel, Psychotherapie, Schmerzbewältigungsverfahren, Entspannungsverfahren und weitere Hilfen zur Krankheitsbewältigung. Die Behandlungen und Therapien in den Einrichtungen werden individuell gestaltet und speziell auf die jeweilige Erkrankung abgestimmt. Sie können in Form von Einzel- oder Gruppentherapien erbracht werden. Zu Beginn der Rehabilitationsleistung werden nach einer individuellen Befunderhebung die Rehabilitationsziele gemeinsam zwischen Patient und dem Reha-Team der Einrichtung entwickelt und vereinbart sowie ein entsprechender Therapieplan formuliert, der an die individuellen Anforderungen angepasst ist und auch das familiäre und soziale Umfeld berücksichtigt. Zum Abschluss der Maßnahme wird in einem Gespräch erörtert, inwieweit die Rehabilitationsziele erreicht wurden. Im Reha-Entlassungsbericht werden ggf. Hinweise auf erforderliche nachgehende Leistungen, die den erreichten Behandlungserfolg nachhaltig sichern sollen, dokumentiert.



3. Persönliches Budget

Mit dem Persönlichen Budget wird die Möglichkeit eingeräumt, den Bedarf an Teilhabeleistungen (z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) und anderen budgetfähigen Leistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Es handelt sich hierbei um eine besondere Form der Leistungserbringung, die einen Anspruch auf Teilhabe- bzw. Rehabilitationsleistungen voraussetzt.

Vor Bewilligung des Persönlichen Budgets prüft die LAK, ob ein Anspruch auf die beantragten Rehabilitationsleistungen besteht. Ist dies der Fall, besteht die Möglichkeit, die jeweiligen Leistungsansprüche in Form von Geldleistungen (ggf. auch Gutscheinen) als Alternative zu Sachleistungen zu verwirklichen. Dabei kann die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten der ansonsten gewährten Sachleistung nicht überschreiten. Der Leistungsberechtigte erhält die ihm bewilligten Leistungen in Form eines Geldbetrages und kann damit - auf der Grundlage von vorher zwischen ihm und der Alterskasse vereinbarten Kriterien und Auflagen (sog. „Zielvereinbarung“) –selbst darüber entscheiden, wann, wo, wie und durch wen er seine der Leistung zu Grunde liegenden Bedarfe deckt und wie und wodurch die vereinbarten Ziele erreicht werden.

Sind neben der LAK weitere Rehabilitationsträger beteiligt (z. B. Krankenkasse, Sozialhilfeträger, Integrationsamt), handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, das von den beteiligten Rehabilitationsträgern als Komplexleistung erbracht wird.

4. Beratungsangebote

Weitere Informationen zum Thema Medizinische Rehabilitation finden Sie auch auf unserer Internetseite www.svlfg.de. Für eine persönliche individuelle Beratung stehen Ihnen natürlich auch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gern zur Verfügung.

Als ergänzendes Informations- und Beratungsangebot können behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen auch kostenfrei die von Leistungserbringern und Leistungsträgern unabhängigen Teilhabeberatungsstellen anlaufen; eine Kontaktierung dieser Stellen kann insbesondere in komplexen Falllagen (z. B. bei Bedarf an mehreren nebeneinanderlaufenden Teilhabeleistungen, bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger) hilfreich sein. Nähere Informationen hierzu - insbesondere zu unabhängigen Beratungsstellen in Ihrer Nähe - können Sie unter www.teilhabeberatung.de abrufen.