

Stationäre medizinische Rehabilitation

Stand: 04/2026



Allgemeine Informationen:

Als gesetzlich Krankenversicherter hat man alle 4 Jahre Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation. Wenn man eine **fortschreitende chronische Muskelerkrankung** hat, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, **einmal im Jahr** eine stationäre Rehabilitation zu machen. So wird es auch von vielen Ärzten und Ärztinnen empfohlen. Darauf besteht allerdings **kein Rechtsanspruch**. Im Gesetz (§40 Sozialgesetzbuch V) heißt es lediglich: „Es *kann* von der 4-Jahres-Frist abgewichen werden, wenn dringende medizinische Gründe vorliegen“. Es wird jedoch nicht näher spezifiziert, was dies für Gründe sind, und es gibt auch keine Verwaltungsvorschrift hierzu. Dadurch wird den Sachbearbeitern ein gewisser **Ermessensspielraum** gewährt.

Da sich die Sachbearbeiter seit der Datenschutzverordnung von 2018 nicht mehr selbst Informationen zu den Antragstellern einholen dürfen, wird der Antrag grundsätzlich zum **MD**, dem **Medizinischen Dienst**, weitergeleitet. Dieser spricht eine Empfehlung zu der beantragten Maßnahme aus, und die Krankenkasse entscheidet über den Antrag. In der Regel folgt die Krankenkasse der MDK-Empfehlung.

Um eine Bewilligung der stationären Reha zu erreichen, ist es sinnvoll, einige Dinge vorab zu beachten bzw. strategisch vorzugehen. Allgemein sollten Sie für einen Reha-Antrag stets **aktuelle Arztbefunde** bereithalten bzw. einholen. Planen Sie Ihren jährlichen Termin bei Ihrer Neurologin oder Ihrem Neurologen so, dass Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung einen aktuellen **neurologischen Bericht** vorliegen haben. Bewahren Sie das Original auf und geben Sie nur Kopien aus der Hand. Im Folgenden erhalten Sie einige nützliche Tipps, wie Sie bei der Beantragung vorgehen sollten.

Rechtsgrundlage:

Gesetzliche Krankenversicherung:

§40 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Gesetzliche Rentenversicherung:

§15 SGB VI: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Allgemein:

SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Antrag

Gesetzliche Krankenversicherung

- Muster 61, Teil B-E vom Arzt ausfüllen und wenn möglich aushändigen lassen
- formloses Antragsschreiben an die Krankenkasse verfassen, und zwar mit:
 - kurzer Begründung für die Notwendigkeit der Reha
 - Nennung der Wunschklinik falls vorhanden
 - Antrag auf Begleitperson falls erwünscht
 - aktuelle Arztberichte/Atteste etc. in Kopie
 - wenn vorhanden Abschlussbericht der letzten Reha beilegen

→ Das gehört in den Umschlag:

1. Muster 61
2. Antragsschreiben
3. Arztberichtkopien
4. Reha-Bericht-Kopie

Rentenversicherung (bei Erwerbstätigen)

- Vordruck G0100 herunterladen und ausfüllen
- formloses Antragsschreiben an die Rentenversicherung verfassen mit:
 - Nennung der Wunschklinik falls vorhanden (muss Vertrag mit der RV haben).
 - Antrag auf Begleitperson falls erwünscht
 - aktuelle Arztberichte/Atteste etc. in Kopie
 - Abschlussbericht der letzten Reha in Kopie

→ Das gehört in den Umschlag:

1. Vordruck G0100
2. Antragsschreiben
3. Arztberichte in Kopie
4. Reha-Bericht in Kopie

Private Krankenversicherung

- formloses Antragsschreiben mit
- Begründung für die Notwendigkeit einer stationären Reha
 - Nennung der Wunschklinik falls vorhanden
 - Antrag auf Begleitperson falls erwünscht
 - aktuelle Arztberichte/Atteste etc. in Kopie
 - unterzeichnete Entbindung von der Schweigepflicht
 - Abschlussbericht der letzten Reha in Kopie

→ Das gehört in den Umschlag:

1. Antragsschreiben
2. Arztberichte in Kopie
3. Schweigepflichtentbindung
4. Reha-Bericht in Kopie

Beihilfe plus Privatversicherung

vorab:

- amtsärztliches Gutachten vom Amtsarzt/von der Amtsärztin ausfüllen lassen
- Begleitperson ankreuzen lassen falls erwünscht
- Gutachten an die Beihilfestelle weiterleiten (lassen)
- Bewilligung der Beihilfe abwarten

dann:

- Antrag bei der Privaten Krankenversicherung wie oben beschreiben.

→ *Das gehört in den Umschlag:*

1. Antragsschreiben
2. Arztberichte in Kopie
3. Schweigepflichtentbindung
4. letzter Reha-Bericht in Kopie
5. Bewilligung der Beihilfe in Kopie

Meist wird eine Reha zunächst für 3 Wochen genehmigt. Eine Verlängerung um 1-2 Wochen kann vor Ort durch die Rehaklinik beantragt werden und wird i.d.R. auch problemlos bewilligt. Wenn die Rehabilitation (bzw. Wunschlinik oder Begleitperson) abgelehnt wird: einmal tief durchatmen und möglichst zeitnah die Deutsche Muskelschwund-Hilfe kontaktieren ☺ Wer möchte, kann selbst Widerspruch einlegen. Und das geht so:

Widerspruch

Widerspruchsfrist

- Innerhalb von 4 Wochen muss **schriftlich per Post** Widerspruch eingelegt werden.
- Begründung kann ggf. auch nachgereicht werden.
- Wird diese Frist überschritten, gilt der Ablehnungsbescheid als endgültig.

Widerspruchsschreiben

- Anschreiben an die Krankenversicherung unter Nennung des Aktenzeichens oder der Versichertennummer und des Datums
- in der Betreffzeile muss stehen „Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom...“
- eine möglichst sachliche Begründung formulieren, die die im Bescheid genannten Ablehnungsgründe entkräftet
- ggf. Nennung der entsprechenden Paragraphen
- Bitte um Überdenken der Entscheidung
- ggf. weitere Arztberichte anfordern und mitschicken bzw. nachreichen

Wird der Widerspruch abgewiesen, wird einem die Möglichkeit gegeben, den Widerspruch zurückzunehmen, wodurch das Verfahren beendet wäre. Da man aber aus guten Gründen Widerspruch eingelegt hat, sollte man nach Erhalt des Ablehnungsbescheids die Aufrechterhaltung des Widerspruchs erklären. Ggf. kann man dann auch noch weitere Arztberichte oder Erklärungen abgeben. Die Angelegenheit wird dann automatisch an den Widerspruchsausschuss der Krankenkasse weitergeleitet. Dieser tagt oft nur vierteljährlich, sodass die Bearbeitung etwas Zeit in Anspruch nimmt.

Erklärung der Aufrechterhaltung des Widerspruchs

- Anschreiben an die Krankenversicherung unter Nennung des Aktenzeichens oder der Versichertennummer und des Datums
- in der Betreffzeile muss stehen „Aufrechterhaltung meines Widerspruchs gegen Ihren Bescheid vom...“
- eine möglichst sachliche aber deutliche Begründung formulieren, die die erneuten Ablehnungsgründe entkräftet
- um Weiterleitung an den Widerspruchsausschuss bitten

Wird der Widerspruch erneut abgewiesen, erhält man einen klagefähigen Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung, mit dem man sich innerhalb einer 4-Wochen-Frist ab Erhalt an das zuständige Sozialgericht wenden kann.

Sozialgerichtsverfahren

Sozialgericht

- im klagefähigen Bescheid, wird das zuständige Sozialgericht genannt.
- Um Klage beim Sozialgericht zu erheben, muss man nicht anwaltlich vertreten werden. Jeder Bürger, der einen gültigen Bundespersonalausweis besitzt, kann Klage erheben. Die Kosten hierfür trägt der Steuerzahler.
- Vorlage des **Personalausweises**, Vorlage der **Widerspruchsschreiben** und Vorlage der **Ablehnungsbescheide** bei dem zuständigen Justizbeamten
- Dieser formuliert eine Klageschrift, die der Kläger unterschreibt.
- **GANZ WICHTIG!!!**
Bei einer abgelehnten Reha muss unbedingt zusätzlich zur Klage ein **Eilantrag** gestellt werden („einstweiliger Rechtsschutz“). Ein normales Gerichtsverfahren würde 1-2 Jahre dauern.
- Durch einen Eilantrag erwirkt man eine **einstweilige Anordnung**. Er muss den Anordnungsanspruch nachweisen (z.B. ein Gesetz) und einen Anordnungsgrund nennen (Eilbedürftigkeit wegen irreparabler Nachteile/körperlicher Schäden)
- Es kann sein, dass weitere Stellungnahmen seitens des Antragstellers nötig sind. Diese müssen dem Gericht meist innerhalb von einer Woche vorgelegt werden. Bitte regelmäßig die Post checken.
- i.d.R. benötigt ein Sozialgericht 3-4 Wochen für eine vorläufige Entscheidung.
- wenn das Sozialgericht den Reha-Anspruch als rechtens bewertet, kann der Patient die Reha antreten, ohne dass die Krankenkasse ihre Kostenzusage erteilt hat. Der Patient kann später nicht zur Zahlung der Klinikrechnung verpflichtet werden.
- Die Krankenkasse muss die Kosten für die stationäre Reha tragen und außerdem die Verfahrenskosten.
- Selbstverständlich können Sie sich auch durch eine*n Anwalt*Anwältin vertreten lassen. Sollte die Klage abgewiesen werden, würden allerdings Anwaltskosten anfallen.

Das vorliegende Infoblatt gibt lediglich einen Überblick und ist bzw. ersetzt keine Rechtsberatung.

Kontakt:

Deutsche Muskelschwund-Hilfe e.V.
Alstertor 20
20095 Hamburg
040/323231-0
info@muskelschwund.de
www.muskelschwund.de