

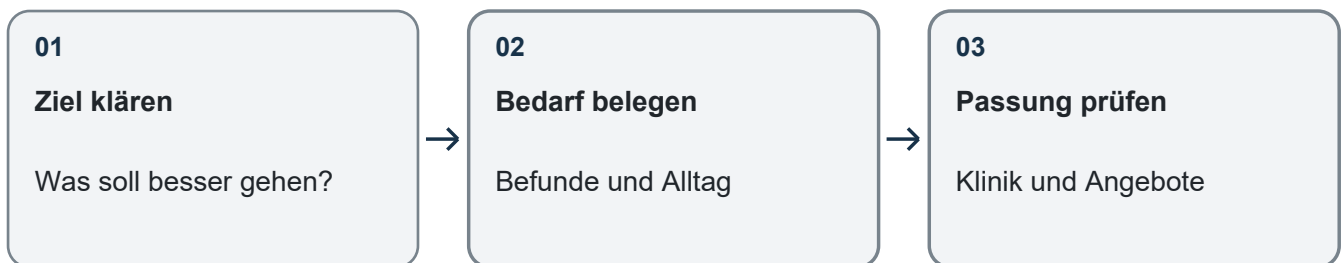
Kapitel 1

Eine Reha, die zu deinem Unterstützungsbedarf passt.

Für Erwachsene: Ziele klären, Befunde zusammenstellen und eine geeignete Einrichtung finden.

Eine Reha ist mehr als eine Auszeit

Sie soll gesundheitlich bedingte Einschränkungen der Teilhabe verbessern, mindern oder deren Verschlechterung verhindern. Ein hoher GdB ist dafür nicht generell Voraussetzung. Diagnose, Bedarf und die Voraussetzungen des zuständigen Trägers müssen zusammen betrachtet werden.



Welcher Weg passt?

Medizinische Reha: Behandlung und Training, um gesundheitliche Einschränkungen und ihre Folgen zu mindern.

Berufliche Teilhabe: Zum Beispiel Hilfen am Arbeitsplatz, Qualifizierung oder berufliche Neuorientierung. Das kann zusätzlich oder unabhängig von einer medizinischen Reha nötig sein.

Wenn zunächst eine akute Erkrankung behandelt oder eine Diagnose geklärt werden muss, besprich die Reihenfolge mit deiner Ärztin oder deinem Arzt. Eine Reha verfolgt längerfristige Behandlungsziele und muss zu deinem aktuellen Gesundheitszustand passen.

Du findest hier den Antragsweg, die benötigten Unterlagen, Hinweise zur Klinikwahl und zur Finanzierung sowie die wichtigsten Fristen.

Kapitel 2

Formular, Befund und eigene Ziele zusammenstellen.

Eine medizinische Rehabilitation soll Einschränkungen behandeln und die Teilhabe verbessern. „Teilhabe“ heißt: Alltag und Arbeit wieder möglichst gut bewältigen können.

1. Antragspaket anfordern

Bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit kommt häufig die Deutsche Rentenversicherung (DRV) infrage. Suche auf deren Internetseite nach „medizinische Reha beantragen“ oder frage unter **Tel. 0800 / 1000 4800**. Der DRV-Hauptantrag heißt G0100; ergänzende Angaben stehen insbesondere in G0110. Das aktuelle Antragspaket nennt die benötigten Anlagen.

Bei der Krankenkasse frage nach dem Verfahren für eine medizinische Reha und der ärztlichen Verordnung. Du musst die Zuständigkeitsfrage nicht allein lösen. Reiche nicht vorsorglich identische Anträge bei mehreren Stellen ein.

2. Versicherungsbedingungen nicht selbst ausschließen

Für eine medizinische DRV-Reha können zum Beispiel sechs Monate Pflichtbeiträge in den letzten zwei Jahren ausreichen; es gibt weitere Zugangswege und Sonderregeln. Die oft genannten 15 Versicherungsjahre sind nicht die einzige Möglichkeit. Medizinischer Bedarf muss zusätzlich vorliegen.

3. Ärztlichen Befund und eigene Angaben ergänzen

Bitte die Praxis um den vorgesehenen Befundbericht, bei der DRV meist S0051. Füge vorhandene relevante Befunde und eine knappe eigene Beschreibung bei. Die Praxis begründet den medizinischen Bedarf; du beschreibst Alltag, Anforderungen und Ziele.

4. Vor dem Absenden kontrollieren

- ☐ Aktuelles Formular vollständig, erforderliche Einwilligungen und Unterschriften vorhanden.
- ☐ Behandlung, verbleibende Einschränkungen und Reha-Ziele passen zusammen.
- ☐ Notwendige Anpassungen und begründeter Klinik-Wunsch sind genannt.
- ☐ Kopie und Einreichungsnachweis werden aufbewahrt; fehlende Unterlagen sind benannt.

Kapitel 3

Warum Reha nötig ist, muss erkennbar sein.

Die Diagnose erklärt die Erkrankung. Für die Reha-Entscheidung braucht es zusätzlich Bedarf, erreichbare Ziele und geeignete Behandlungsbedingungen.

Diese vier Fragen sollte der Befund beantworten

Was ist eingeschränkt? Konkrete Fähigkeiten im Alltag oder Beruf, Verlauf, Häufigkeit und Schwere. Nicht nur „erschöpft“, sondern beispielsweise welche Aufgaben nicht mehr zuverlässig gelingen.

Was wurde bisher versucht? Medikamente, Psychotherapie, andere Behandlung oder Anpassungen: Dauer, Wirkung und verbleibende Probleme. Wenn eine Behandlung nicht verfügbar oder nicht verträglich war, gehört dieser Grund dazu. Nichts als erfolglos angeben, was nicht durchgeführt wurde.

Was soll Reha verbessern? Fachlich begründete, realistische Ziele und weshalb ambulante Unterstützung bisher nicht genügt. Nicht jede Behandlung muss vorher ausgeschöpft sein; entscheidend ist der nachvollziehbare Reha-Bedarf.

Wie ist Teilnahme möglich? Welche Bedingungen brauchst du, etwa Reizschutz, schriftliche Pläne oder angepasste Gruppen? Notwendige Unterstützung beschreiben, statt dich entweder als uneingeschränkt belastbar oder grundsätzlich nicht teilnahmefähig darzustellen.

Beispiel für ein nachvollziehbares Ziel

Einschränkung mit Behandlungsziel verbinden

„Bei häufigen Unterbrechungen verliere ich den Überblick und brauche lange, um weiterzuarbeiten. Ich möchte Strategien für den Umgang mit Unterbrechungen erproben und klären, welche Anpassungen am Arbeitsplatz nötig sind.“ Die Praxis ergänzt die medizinische Einschätzung.

Typischer Fehler: Nur die Wunschlinik nennen

Erkläre zusätzlich, welche konkreten Angebote dieser Klinik deinen Bedarf abdecken. Frage vorher nach deren Verfügbarkeit. Ein schöner Standort oder das Schlagwort „Psychosomatik“ belegen noch keine passende Behandlung.

Kapitel 4

Den Befundbericht mit deiner Ärztin oder deinem Arzt vorbereiten.

Ein klarer Auftrag und eine kurze Vorbereitung sparen Rückfragen. Die medizinische Beurteilung bleibt Aufgabe der Ärztin oder des Arztes.

1. Zweck und Termin vorher mitteilen

Bitte um die Begründung, warum Behandlung und Unterstützung bisher nicht ausreichen, welche Reha-Ziele erreichbar erscheinen und welche Bedingungen du für die Teilnahme brauchst. Frage bei der Anmeldung nach einem geeigneten Termin. Nenne die Abgabefrist und bringe das Behördenformular oder Anforderungsschreiben mit.

2. Eine Seite mit eigenen Beobachtungen mitbringen

Notiere drei besonders wichtige Einschränkungen. Zu jeder: Was passiert konkret? Wie oft? Welche Hilfe brauchst du? Was gelingt dadurch trotzdem, und welche Folgen bleiben? Ergänze Beginn, Behandlung und relevante vorhandene Befunde. Kennzeichne das Blatt als „Eigene Angaben“.

3. Um gezielte Ergänzung bitten

So kannst du die Bitte formulieren

„Für meinen Antrag fehlen vor allem die Auswirkungen im Alltag. Ich habe die wichtigsten Beispiele auf einer Seite zusammengefasst. Können Sie bitte prüfen, was Sie medizinisch bestätigen können, und Befunde, Verlauf, Behandlung und die verbleibenden Einschränkungen beschreiben?“

4. Rückgabe und Kosten vereinbaren

Frage, wann der Bericht fertig sein kann und wer ihn erhält. Vor einer privaten Beauftragung klären: Fordert die Behörde den Bericht selbst an? Wer zahlt? Ein neu erstelltes Attest ist nicht dasselbe wie eine Kopie vorhandener Unterlagen.

Die erste Abschrift der Behandlungsakte ist nach § 630g BGB grundsätzlich kostenlos; gesetzliche Ausnahmen vom Einsichtsrecht bleiben möglich. Daraus folgt kein Anspruch auf ein kostenloses neues Gutachten. Für den DRV-Reha-Befundbericht S0051 gibt es eine ärztliche Honorarabrechnung (S0050).

Kapitel 5

Wenn der Bericht zu knapp bleibt.

Nicht mehr Text um jeden Preis, sondern die fehlenden entscheidenden Angaben ergänzen lassen.

Problem	So gehst du vor
Im Bericht stehen nur Diagnosen.	Bitte um Ergänzung: Welche Tätigkeiten sind dadurch wie oft und wie stark eingeschränkt? Welche Unterstützung ist notwendig?
„Stabil“ oder „unauffällig“ passt nicht zum Alltag.	Frage, was damit gemeint ist. Ein unveränderter Zustand kann weiter stark einschränken; ein ruhiges Gespräch bildet nicht jeden Alltag ab. Bitte um diesen Zusammenhang, wenn er zutrifft.
Arbeit oder selbständiges Wohnen wirkt wie volle Belastbarkeit.	Beschreibe Anpassungen, Hilfe und Erholungsbedarf. Was geht nur dank Unterstützung, was bleibt liegen? Auch erhaltene Fähigkeiten gehören in den Bericht.
Die Praxis kann deine Angaben nicht bestätigen.	Bitte um Trennung: „Patient/in berichtet ...“ und ärztlich erhobene Befunde. Eine eigene Schilderung wird nicht durch bloßes Abschreiben zum ärztlichen Nachweis.

Wenn Zeit fehlt oder die Praxis keinen neuen Bericht schreibt

Bitte zunächst um vorhandene aussagekräftige Unterlagen. Benenne der zuständigen Stelle die behandelnde Praxis und fehlende Informationen. Frage, ob sie einen gezielten Befundbericht anfordern kann. Teile eine gefährdete Frist der Behörde frühzeitig schriftlich mit; eine Fristverlängerung ist nicht automatisch gewährt.

Wenn im Bericht etwas falsch ist

Benenne die konkrete Stelle und bitte um Berichtigung eines Sachfehlers oder um fachliche Ergänzung zu bisheriger Behandlung, Reha-Bedarf und erreichbare Ziele. Du kannst keine bestimmte Diagnose, GdB-Zahl oder positive Prognose verlangen. Bei unterschiedlicher Einschätzung kann deine eigene Stellungnahme ergänzend beigefügt werden.

Wichtig: Eine laufende Widerspruchsfrist nicht verstreichen lassen, während du auf einen Bericht wartest. Den Widerspruch rechtzeitig in zulässiger Form einreichen; die Begründung kann nachgereicht werden.

Kapitel 6

Passt die Einrichtung wirklich zu dir?

Bei der Klinik erfragen	Weshalb das wichtig ist
Welche Behandlung gibt es für meine Erkrankungen?	Das passende Fachgebiet allein sagt noch nicht, welche Therapien tatsächlich angeboten werden.
Sind Zimmer, Therapieräume und Wege für mich zugänglich?	Zum Beispiel bei eingeschränkter Mobilität, Seh- oder Hörbehinderung: notwendige Hilfen vorher klären.
Welche Unterstützung gibt es bei Kommunikation und Therapieplanung?	Zum Beispiel schriftliche Informationen, verständliche Erklärungen oder Unterstützung beim Hören.
Lassen sich Belastung, Pausen und Gruppen anpassen?	Das ist etwa bei Schmerzen, Erschöpfung oder hoher Reizempfindlichkeit wichtig.

Deinen Wunsch begründen

Das Wunsch- und Wahlrecht schützt berechnigte Wünsche. Begründe die gewünschte Einrichtung mit ihrer medizinischen Eignung und deinen konkreten Bedürfnissen, nicht nur mit einer allgemeinen Vorliebe. Es besteht kein Anspruch auf jede beliebige Klinik. Bei der DRV können bis zu vier geeignete Einrichtungen zur Auswahl vorgeschlagen werden, wenn du keine Wunschklinik angegeben hast.

Einrichtung auswählen

Suche nach Einrichtungen mit dem benötigten medizinischen Schwerpunkt. Frage direkt bei der Klinik, ob die für dich erforderlichen Therapien und Hilfen verfügbar sind. Eine gute allgemeine Bewertung beantwortet diese persönlichen Fragen noch nicht.

Für die Begründung deiner Wunschklinik festhalten

- ☐ Welche Behandlung du benötigst und welches konkrete Angebot die Klinik dafür hat.
- ☐ Welche Hilfen oder Anpassungen erforderlich sind und was die Klinik zugesagt hat.

Kapitel 7

Zahlungen und Unterstützung vor dem Beginn klären.

Die Bewilligung der Behandlung beantwortet nicht automatisch alle Fragen zu deinem Lebensunterhalt und den Nebenkosten.

Wer zahlt während der Reha?

Bei Beschäftigten kann noch Anspruch auf Entgeltfortzahlung bestehen. Ist dieser für dieselbe Erkrankung bereits verbraucht, kann bei einer DRV-Reha unter Voraussetzungen Übergangsgeld infrage kommen. Das ist eine Zahlung für den Lebensunterhalt während der Reha. Bei anderen Trägern oder bisherigen Leistungen können andere Regeln gelten.

Bitte den bewilligenden Träger vor Reha-Beginn schriftlich um Auskunft: Welche Zahlung erhalte ich, ab wann, und welche Einkommensunterlagen fehlen? Informiere auch die Stelle, die bisher Krankengeld oder Arbeitslosengeld zahlt. Nicht von einer unveränderten Weiterzahlung ausgehen.

Zuzahlung und Nebenkosten

Bei stationärer DRV-Reha können grundsätzlich bis zu 10 Euro täglich anfallen; Dauer, Ausnahmen und Befreiungen richten sich nach dem Einzelfall. Frage bei geringem Einkommen nach Befreiung oder Ermäßigung, bevor du von einer untragbaren Belastung ausgehst. Die Regeln der Krankenkasse sind nicht überall identisch.

Reisekosten, notwendige Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung können unter Voraussetzungen unterstützt werden. Frage den Träger vorher nach Antrag und Kostenübernahme. Nicht erst buchen oder privat beauftragen und eine spätere Erstattung voraussetzen.

Wenn die bewilligte Klinik nicht passt

Beschreibe konkret, welche notwendige Bedingung fehlt, und bitte um eine geeignete Alternative. Halte die Widerspruchsfrist aus dem Bescheid ein. Einen wegen Aufforderung der Krankenkasse oder Arbeitsagentur gestellten Antrag nicht eigenmächtig zurückziehen; dadurch können Zahlungen gefährdet werden.

Vor Reha-Beginn schriftlich bestätigen lassen:

- Zahlung des Lebensunterhalts und noch fehlende Unterlagen.
- Übernahme von Reise- und Unterstützungskosten.
- Notwendige Anpassungen durch die Klinik.

Kapitel 8

Vor dem Absenden. Nach dem Bescheid.

- ☐ Antrag, Befunde und Ziele passen zusammen.
- ☐ Notwendige Anpassungen und Klinik-Wünsche sind genannt.
- ☐ Kopie und Eingangsnachweis sind gesichert.
- ☐ Lebensunterhalt während der Reha ist mit dem Träger geklärt.

Zwei Aufforderungen, zwei unterschiedliche Fristen

Wer fordert den Antrag?	Was beachten?
Krankenkasse nach § 51 SGB V	In der Regel zehn Wochen. Bei versäumter Frist kann der Krankengeldanspruch entfallen.
Arbeitsagentur nach § 145 SGB III	Ein Monat für den geforderten Reha-/Teilhabeantrag. Bei Versäumnis kann ALG ruhen.

Einen angeforderten Antrag nicht ohne Beratung zurücknehmen oder wesentlich ändern. Ein Reha-Antrag kann unter gesetzlichen Voraussetzungen als Rentenantrag gelten. Das passiert nicht bei jeder Reha.

Wenn die Entscheidung nicht passt

Prüfe bewilligte Leistung, Einrichtung und notwendige Anpassungen. Bei Ablehnung oder ungeeigneter Auswahl: Begründung anfordern, fehlende medizinische Angaben ergänzen und Widerspruchsfrist beachten. Regelmäßig ein Monat ab Bekanntgabe im Inland; zulässige Form laut Bescheid nutzen.

Während der Reha: Hilfreiche und belastende Bedingungen früh ansprechen. Vor der Entlassung Nachsorge, weitere Behandlung und gegebenenfalls berufliche Hilfen planen. Den Entlassungsbericht später auf sachliche Fehler prüfen.

Termin zur Reha-Vorbereitung vereinbaren

Sag bei der Anmeldung in der Praxis: „Ich möchte eine Reha beantragen und brauche ein Gespräch über den medizinischen Bedarf und den Befundbericht.“
Bringe deine wichtigsten Einschränkungen und zwei Behandlungsziele mit.

Anhang

Weiterführende Informationen

Wenn du einzelne Regelungen genauer kennenlernen möchtest, findest du hier die verwendeten Gesetze und ergänzende Informationen der zuständigen Stellen.

Zuständigkeit und Auswahl der Klinik

§§ 8 und 14 SGB IX: Der Rehabilitationsträger prüft die Zuständigkeit grundsätzlich innerhalb von zwei Wochen. Berechtigte Wünsche zur Einrichtung müssen berücksichtigt werden.

Hintergrundquelle: § 14 SGB IX: Zuständigkeit und Fristen bei Reha-Anträgen

Voraussetzungen der Reha

§§ 10 bis 12 SGB VI und § 40 SGB V: Medizinischer Bedarf und Voraussetzungen des zuständigen Trägers werden gemeinsam beurteilt. Die Diagnose allein reicht nicht.

Hintergrundquelle: § 10 SGB VI: Persönliche Reha-Voraussetzungen

Aufforderungen und Folgen

§ 51 SGB V, § 145 SGB III und § 116 SGB VI: Zehn Wochen bei der Krankenkasse, ein Monat bei der Arbeitsagentur. Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein Reha-Antrag als Rentenantrag gelten.

Hintergrundquelle: § 51 SGB V: Aufforderung der Krankenkasse zum Reha-Antrag

Antrag und Finanzierung

DRV-Antragsinformationen: G0100, ergänzende Angaben und ärztlicher Befundbericht S0051; §§ 20, 21 und 32 SGB VI sowie §§ 64 ff. SGB IX zu ergänzenden Leistungen. Die DRV klärt Zahlung, Reisekosten und mögliche Zuzahlung im Einzelfall.

Hintergrundquelle: DRV: Befundbericht S0051

Arztunterlagen und Kosten

§ 630g BGB: Die erste Abschrift der Behandlungsakte ist grundsätzlich kostenlos. Ein neuer Bericht ist eine andere Leistung. Für den DRV-Befundbericht S0051 ist die ärztliche Honorarabrechnung S0050 vorgesehen. Vor einem privaten Auftrag Kosten und Auftraggeber klären.

§ 630g BGB: Behandlungsakte · DRV S0050: Honorarabrechnung

Informationsstand: 7. September 2026. Herausgeber: Vielfalt im Kopf.

