



Ausgabe 3/2022

PRAXIS

Selbsthilfvereinigung • Stoma • Darmkrebs



Schwerpunkt
im Heft
Rehabilitation

Wir sind da!

ILCO
50 Jahre Deutsche ILCO e. V.
Lassen wir es blühen

ILCO
Hilfssendung für Stomaträger in
der Ukraine ist angekommen

► Erfahrungen

neue digitale Angebote in der Nachsorge nach einer Reha. Diese könnten in Coronazeiten und im ländlichen Raum, wo es nur wenige Präsenzangebote gibt, Lücken schließen. Anschließend schildern zwei Betroffene ihre Reha-Erfahrungen. Den Abschluss bildet ein Artikel mit Hinweisen für weitere Informationen.

Der richtige Weg zur medizinischen Rehabilitation

Genesung und Gesundheit für einige Zeit in den Mittelpunkt stellen

Manchmal reichen ambulante Therapien nicht mehr aus, um eine Erkrankung zu lindern oder zu heilen. Besonders, wenn die Arbeitsfähigkeit gefährdet ist und daher gefördert werden muss. Dann geht es um Maßnahmen zur Rehabilitation (Reha) und zur Anschlussheilbehandlung (AHB). Ein Aufenthalt in einer spezialisierten Klinik soll Betroffenen ermöglichen, sich einfach mal einige Zeit nur auf die Genesung und die eigene Gesundheit konzentrieren zu können. Der folgende Artikel stellt Wege, Voraussetzungen, Ansprechpartner und die verschiedenen Arten kompakt vor.

von Ulrike Enke

Gesundheit, Wohlbefinden und Eigenständigkeit sind ein großer Reichtum, den wir erst zu schätzen wissen, wenn sie in Gefahr sind. Je nach Alter und Gesundheitszustand gibt es unterschiedliche Gründe für eine medizinische Reha. Droht die Erwerbstätigkeit eingeschränkt zu sein, ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) zuständig. Ist diese nicht mehr vorliegend oder erreichbar, gilt es die selbstständige Teilhabe am Leben so lang wie möglich zu erhalten oder eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Hier ist die Gesetzliche Krankenkasse (GKV) der Kostenträger. Für Kinder-Reha sind sowohl DRV als auch GKV paritätisch zuständig. Die persönlichen Antragsunterlagen sind beim zuständigen Kostenträger einzuholen, mittlerweile stehen sie meist auch elektronisch zur Verfügung.

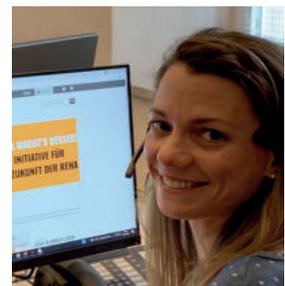
Reha-Antrag



Benötigt ein Mensch, der im Alltag einen Partner oder eine Partnerin pflegt, eine Reha, dann gibt es auch Lösungsmöglichkeiten, dass die pflegebedürftige Person während dieser Zeit gut versorgt ist.

z. B. eine nächtliche Überwachung benötigt wird.

Eine besondere Reha-Form ist die Anschlussheilbehandlung (AHB), die sich an einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Operation anschließt. Sie muss vom Sozialdienst (oder manchmal den behandelnden Ärzten) der Klinik ►



Ulrike Enke arbeitet in der Öffentlichkeitsarbeit des AK Gesundheit e. V. in Leipzig. Der gemeinnützige Verein ist ein Zusammenschluss von Reha-Kliniken, informiert über die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation und berät Patienten. (s. Infobox S. 28)

Für die Bewilligung einer üblicherweise dreiwöchigen Reha müssen grundsätzlich drei Voraussetzungen erfüllt sein: Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose.

Chronische Erkrankungen sind anerkannte gesundheitliche Gründe, bei Bedarf eine Reha-Maßnahme alle zwei Jahre zu wiederholen.

beantragt werden. Hier gilt ein verkürztes Antragsverfahren, denn der Patient soll idealerweise direkt vom Krankenhaus in die Rehaklinik wechseln, z. B., wenn die häusliche Versorgung nicht sichergestellt ist. Wichtige Reha-Ziele können hier auch der physische wie psychische Umgang mit den Krankheitsfolgen sein. Seit dem 1. Juli 2022 dürfen die Kassen in bestimmten Indikationsgruppen (Geriatric, Kardiologie, Neurologie, Pneumologie, Transplantation) die medizinische Notwendigkeit nicht mehr infrage stellen.



Mit den Nachsorgemaßnahmen geht der Reha-Prozess auch nach der Entlassung aus der Klinik weiter.

Für die Bewilligung einer üblicherweise dreiwöchigen Reha müssen grundsätzlich drei Voraussetzungen erfüllt sein.

• **Rehabilitationsbedürftigkeit:**

Die Leistungsfähigkeit ist beeinträchtigt und kann mit ambulanten Maßnahmen wie Krankengymnastik und Ergotherapie nicht wiederhergestellt werden.

• **Rehabilitationsfähigkeit:**

Der Patient ist so weit belastbar, dass notwendige Behandlungen durchgeführt werden können.

• **Rehabilitationsprognose:**

Der Patient kann individuelle Ziele nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich erreichen.

Der Kostenträger prüft in jedem Einzelfall die Voraussetzungen. Benötigt er weitere ärztliche Gutachten, wird er diese beim Arzt anfordern. Bei einem positiven Bescheid wird eine Klinik benannt, die mit dem Patienten individuell den Reha-Beginn abstimmt.

Grundsätzlich hat ein Versicherter alle vier Jahre Anspruch auf die Wiederholung einer Reha-Maßnahme. Chronische Erkrankungen sind anerkannte gesundheitliche Gründe, die von dieser Frist entbinden. Hier erfolgt eine Wiederholung meist alle zwei Jahre. Zudem müssen in den letzten zwei Jahren mindestens sechs Monate lang Pflichtbeiträge in die Renten- bzw. Krankenversicherung gezahlt worden sein.

Klinikwahl

Patienten können im Antragsverfahren eine Wunschklinik benennen und sollten diese begründen. Gründe sind z. B. die Möglichkeit von Angehörigenbesuchen, oder dass man die Klinik schon aus einer Vorbehandlung kennt. Wird der Wunsch verweigert, kann man bei der Kasse eine „Umstellungsbitte“ stellen.

Bei der gesetzlichen Krankenkasse besteht der Rechtsanspruch auf Zuweisung [=Bewilligung, Genehmigung] der medizinisch geeigneten Wunschklinik. Sogar ohne hälftige Mehrkosten, wenn die Wunschklinik medizinisch besser geeignet ist als die von der Kasse vorgesehene oder wenn wichtige Gründe vorliegen. Erklärungen, dass man Mehrkosten übernimmt, oder weitere ärztliche Begründungen darf die Kasse nicht fordern.

Im Antrag sind trotzdem eine (am besten) medizinische Begründung oder wichtige Gründe für die Wunschklinik sinnvoll, wenn man Mehrkostenforderungen der Kasse abwenden will. Es lohnt sich, die Mehrkostenforderung der Kasse fachkundig überprüfen zu lassen, z. B. durch den Arbeitskreis Gesundheit e. V. oder ▶

▶ Erfahrungen

andere Beratungseinrichtungen (s. Infobox S. 39).

Daneben gibt es die Zuzahlung als Eigenanteil des Versicherten von 10 Euro pro Behandlungstag. Ob ein Anspruch auf Befreiung besteht, ist abhängig von den Einkommensverhältnissen und den bereits geleisteten Zuzahlungen pro Kalenderjahr. Der Antrag muss vor Reha-Antritt bei der Kasse geprüft werden.

Begleitpersonen



Nach einer schweren Erkrankung sollen durch Reha-Maßnahmen Körper und Geist wieder neuen Schwung erhalten.

Begleitpersonen müssen als medizinisch notwendig im Antragsverfahren angegeben werden. Dies ist etwa der Fall, wenn sie zur psychischen Motivation, zur Unterstützung bei der körperlichen Hygiene oder im Zuge der Angehörigen-Schulungen für die häusliche Pflege des Patienten notwendig sind. Darüber hinaus können sie als Selbstzahler aufgenommen werden.

Sollten Angehörige im Laufe der Pflege eigenen Reha-Bedarf entwickeln, sollten sie eigenständige

Reha-Anträge, beispielsweise für pflegende Angehörige stellen. Der Zu-Pflegende hat ggf. – für die Dauer der Maßnahme beim üblicherweise pflegenden Angehörigen – Ansprüche als Begleitperson mitzufahren, auf Pflege durch andere Angehörige oder die Verhinderungspflege.

Nachsorge

Der Reha-Prozess endet nicht mit dem Verlassen der Klinik. Der Arzt in der Klinik sagt, wie es weitergeht. Die Nachsorgeprogramme der Deutsche Rentenversicherung bieten je nach Bedarf Physio-, Bewegungs- und Sporttherapien, Schulungen zur gesunden Ernährung, psychischer und sozialer Unterstützung. Die Durchführung erfolgt in der Regel ambulant in einer wohnortnahen Rehaklinik.

Weitere Option ist Reha-Sport, der vom Hausarzt oder dem behandelnden Facharzt verordnet wird. Das Angebot kann bei der Krankenkasse, Sportvereinen oder Selbsthilfegruppen erfragt werden.

Geriatrische Reha

Die Alters-Reha ist für Patienten ab dem 70. Lebensjahr. Hier gilt es die oft multimorbiden Krankheitsbilder [=mehrere schwere Erkrankungen] und Bedürfnisse älterer Patienten zu behandeln und therapeutisch fachübergreifend zusammenzuarbeiten, um den bestmöglichen Allgemeinzustand des Patienten zu erreichen. Oberstes Ziel ist, eine Reha durchzuführen. Es besteht der gesetzliche Anspruch „Reha vor Pflege“. **Neu ist, dass die Reha-Bedürftigkeit einer solchen Reha-Maßnahme jetzt mit Antragsstellung des Hausarztes als bescheinigt gilt und nicht mehr von der Kasse infrage zu stellen ist.**

Onkologische Reha

Für die onkologische Anschlussheilbehandlung gelten Sonderregelungen. Sie erfolgt in der Regel erst nach Abschluss der Primärbehandlung, d. h. nach OP, Strahlen- oder Chemotherapie. Die Antragsstellung erfolgt über den Sozialdienst des Krankenhauses oder Strahlentherapiezentrum. Daran anschließen können bis zu zwei weitere AHB, sofern erhebliche Funktionsstörungen infolge der ▶

Der Reha-Prozess endet nicht mit dem Verlassen der Klinik. Der Arzt in der Klinik sagt, wie es weitergeht.

Erfahrungen

Bei einer onkologischen Reha können sich an eine Akutbehandlung bis zu zwei weitere AHB anschließen, sofern erhebliche Funktionsstörungen infolge der Tumorerkrankung selbst, durch Komplikationen oder Therapiefolgen vorliegen.

Tumorerkrankung selbst, durch Komplikationen oder Therapiefolgen vorliegen. Zuständiger Kostenträger ist auch nach Verrentung des Patienten die Deutsche Rentenversicherung. Es gelten besondere Fristen bei der Antragsstellung. Hier kann z. B. in Nordrhein-Westfalen die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung (www.argekrebsnw.de) beraten.

Patient ist...	Kostenträger ist ...
Arbeitnehmer/Angestellter	Deutsche Rentenversicherung
Hausfrau, Schüler, Student, Kind	gesetzliche Krankenversicherung
Schüler, Kind	Deutsche Rentenversicherung
Rentner (Erwerbsminderung)	Deutsche Rentenversicherung
Rentner (Altersrentner)	gesetzliche Krankenversicherung
Arbeitssuchender	Bundesagentur für Arbeit*
Beamter	Deutsche Rentenversicherung/Beihilfe
Bezieher von Sozialleistungen	Sozialämter, Jugendämter*
Soldat	Träger der Kriegsopferfürsorge*
bei Entwöhnungsbehandlungen	Krankenkasse, Rentenversicherung
bei Entwöhnungsbehandlungen	Berufsgenossenschaft, gesetzliche Unfallversicherung*

* weitergehende Informationen auf Wunsch von den Reha-Servicestellen der zuständigen Rentenversicherung oder der Geschäftsstelle des AK Gesundheit e. V.

Grundsätzlicher Überblick über die zuständigen Ansprechpartner für eine medizinische Reha-Maßnahme. Bei einigen Gruppen von Patienten teilen sich Krankenversicherung und Rentenversicherung die Trägerschaft. (Quelle: AK Gesundheit). Es kann im Einzelfall Abweichungen geben. Wichtiger Grundsatz ist: Jeder Träger ist verpflichtet, einen Antrag, für den er nicht zuständig ist, an den korrekten Träger weiterzuleiten.

Arbeitskreis Gesundheit e. V.

Der Arbeitskreis Gesundheit e. V. ist ein gemeinnütziger Verein, getragen von Reha-Kliniken, der über die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der gesetzlichen Vorsorge informiert. Er wendet sich an eine breite Öffentlichkeit (Ärzte, Selbsthilfegruppen, Sozialdienste in Krankenhäusern usw.), um diese über die Möglichkeiten stationärer Rehabilitationsmaßnahmen und über die gesetzlichen Ansprüche solcher Maßnahmen zu unterrichten. Dazu gibt er u. a. gedruckte und digitale Informationsmaterialien (z. B. Patientenschreiben) heraus. Außerdem berät er kostenfrei Patienten, Angehörige, Sozialdienstmitarbeiter usw. zum Thema stationäre medizinische Rehabilitation und bietet Vorträge/Schulungen für Sozialdienste aus Akutkrankenhäusern zur Thematik AHB-Antragsverfahren an. Er bietet auch Unterstützung bei der Klinikwahl als gedruckte Broschüre an oder auch online.

Arbeitskreis Gesundheit e. V.
Gustav-Mahler-Str. 2
04109 Leipzig
E-Mail: info@arbeitskreis-gesundheit.de
www.arbeitskreis-gesundheit.de
Tel.: 0341 – 870 59 59 0

Für eine persönliche Beratung rund um die Reha erreichen Sie den AK Gesundheit kostenfrei aus dem Festnetz unter: 0800 100 63 50 (Mo. – Fr. 8:00 – 18:00 Uhr)