

Rehabilitation für chronisch Nierenkranke



Ingo Dörr
Geschäftsführer
Arbeitskreis Gesundheit e.V.

Die vorzeitige Reha-Maßnahme

Bei medizinischer Notwendigkeit können Versicherte alle vier Jahre eine Rehabilitationsmaßnahme beanspruchen. Droht beim Abwarten der Vier-Jahresfrist eine Verschlechterung der chronischen Krankheit, kann ein Antrag bereits vorher gestellt werden.

Die Notwendigkeit der vorzeitigen Maßnahme ist stets medizinisch zusätzlich besonders zu begründen, zum Beispiel Stabilisierung des für die Transplantation notwendigen Gesundheitszustandes oder die nach Transplantation notwendige Adaptions-schulung.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist je nach Alter und Gesundheitszustand des Betroffenen entweder die Erhaltung beziehungsweise Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit (Kostenträger i. d. R. = Rentenversicherung) oder die Vermeidung einer Verschlechterung und/oder Verhinderung von Pflegebedürftigkeit (Kostenträger = Krankenversicherung).

Bei Pflegebedürftigkeit ist eine Reha-Maßnahme angezeigt, wenn hierdurch eine weitere Verschlechterung vermieden werden kann.

Der Arbeitskreis Gesundheit e. V.

ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss von Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Fachrichtungen. Im Sinne des Satzungszweckes hat es sich der Verband u. a. zur Aufgabe gemacht, eine breite Öffentlichkeit über die Möglichkeiten stationärer Rehabilitationsmaßnahmen und die gesetzlichen Ansprüche solcher Maßnahmen zu informieren. Im Einzelfall berät Sie gern die Geschäftsstelle täglich von 8 bis 18 Uhr, freitags von 8 bis 17 Uhr.

ARBEITSKREIS GESUNDHEIT e.V., Gustav-Mahler-Straße 2, D-04109 Leipzig
Tel.: (03 41) 87 05 95 90, Freecall: (08 00) 100 63 50, Fax: (03 41) 87 05 95 959
E-Mail: info@arbeitskreis-gesundheit.de
Internet: www.arbeitskreis-gesundheit.de

Medizinische Eignung vor Wirtschaftlichkeitsgebot

Um das Reha-Ziel erreichen zu können, ist häufig – gerade bei Nierenerkrankungen – die Behandlung in einer spezialisierten Klinik nötig. Dem entgegen steht leider oft die vom Kostenträger im Rahmen der sogenannten „Wirtschaftlichkeit“ getroffene Klinikauswahl.

Hier ist vor allem die medizinisch bessere Eignung einer spezialisierten Klinik zu berücksichtigen und danach das sogenannte Wunsch- und Wahlrecht, das jeder Patient im Einzelfall für sich ausüben kann. Eine gute Vorbereitung des Antrags kann bereits die Weichen in Richtung der gewünschten Klinik stellen. So ist zum Beispiel die Reihenfolge, in der die ärztlichen Diagnosen aufgeführt sind, für die Klinikwahl mitentscheidend. Liegen zusätzlich spezielle Behandlungsnotwendigkeiten vor (z. B. bei Dialysepatienten), sollten diese vom Arzt schriftlich aufgeführt werden, ebenso wie ein bestimmtes Klima, wenn dieses für den ganzheitlichen Erfolg der Maßnahme wichtig ist. Weist der Kostenträger dennoch eine nicht ausreichend oder gar gänzlich ungeeignete Klinik zu, sollte gegen die Entscheidung Widerspruch eingelegt werden. Dabei ist es unbedingt ratsam, die Notwendigkeit der gewünschten Klinik – auch wiederholt – durch den behandelnden (Fach-)Arzt begründen zu lassen. Gleichzeitig sind Argumente für die medizinische Ungeeignetheit der zugewiesenen Klinik vorzubringen.

Das Wunsch- und Wahlrecht

Aus dem Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) ergibt sich eine über die medizinische Notwendigkeit hinaus-

gehende Verpflichtung der Krankenkassen und Rentenversicherungen, nämlich bei der Klinikauswahl den berechtigten Wünschen der Versicherten zu entsprechen, soweit diese angemessen sind. Darunter versteht man vor allem besondere persönliche Lebensumstände, Alter und Geschlecht sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse. Für begründete Klinikwünsche dürfen Krankenkassen auch nicht die Übernahme von Mehrkosten durch ihre Versicherten verlangen.

Die Antragsablehnung

Bei einer Ablehnung des Antrags besteht selbstverständlich ebenfalls die Möglichkeit zur Einlegung eines Widerspruchs. Wichtig ist auch in diesem Fall, eine erneute ärztliche Stellungnahme einzuholen, die inhaltlich auf die Ablehnungsgründe eingeht und diese entkräftet. Entsprechend soll das Attest bestätigen, dass ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort ausgeschöpft sind, wenn der Kostenträger seine Ablehnung damit begründet, dass diese durchzuführen seien. Wird argumentiert, dass die Erwerbsfähigkeit nicht gemindert oder gefährdet sei, muss das medizinische Attest eine gegenteilige Aussage enthalten. Empfiehlt der Kostenträger eine akutstationäre Behandlung, kann der verordnende Arzt auch dieses Argument durch seine fachliche, anders lautende Einschätzung entkräften. Es kommt vor, dass Ablehnungen formlos oder sogar telefonisch ausgesprochen werden und keine Begründung enthalten. Hier sollten Versicherte unbeirrt bleiben und einen schriftlichen, rechtsmittelfähigen Bescheid verlangen.

Fazit

Bei der Beantragung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist es hilfreich, sich rechtzeitig Unterstützung zu suchen, um die wesentlichen Rahmenbedingungen auf dem eigenen Weg zur Genesung erfolgreich mitbestimmen zu können.