

SOZIALVERBAND

VdK

RHEINLAND-PFALZ



Dezember 2018 / Januar 2019

Medizinische Rehabilitation

Impressum

Inhalte: Nadine Gray

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, November 2018

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Inhalt

1. REHABILITATION – WAS IST DAS?	4
2. VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE BEWILLIGUNG EINER MEDIZINISCHEN REHABILITATION	5
2.1. Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung	5
2.2. Wartezeit.....	6
2.3. Ablehnung der Kostenübernahme	6
3. LEISTUNGEN UND ZIELE DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION	7
4. FINANZIELLE LEISTUNGEN WÄHREND DER REHABILITATION	8
5. AMBULANT ODER STATIONÄR?	8
5.1. Ambulante Rehabilitation	8
5.2. Stationäre Rehabilitation	8
5.3. Haushaltshilfe.....	9
5.4. Zuzahlung	9
6. MEDIZINISCHE REHABILITATION FÜR MÜTTER UND VÄTER	9
7. ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG	10
8. GERIATRISCHE REHABILITATION.....	11
9. SUCHTERKRANKUNGEN.....	11

1. Rehabilitation – was ist das?

Wenn davon gesprochen wird, dass jemand „in Reha ist“ oder „eine Reha macht“, können sich dahinter verschiedene Maßnahmen mit verschiedenen Zielsetzungen verbergen. Das Wichtigste vorab: „Reha“ steht als Kurzform für das doch eher zungenbrecherische Wort „Rehabilitation“, häufig wird es auch synonym für „Rehabilitations-Maßnahme“ gebraucht.

Vorab unterschieden werden muss hier zwischen der beruflichen Reha, auch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ genannt, und der klassischen medizinischen Reha. Das vorliegende Thema des Monats beschäftigt sich ausschließlich mit letzterer, dennoch sei hier kurz auf die Unterschiede hingewiesen.

Eine berufliche Rehabilitation kommt immer dann in Frage, wenn der aktuell ausgeübte Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausgeübt werden kann bzw. deswegen gar keine Stelle gefunden wird. Bei Vorliegen der Voraussetzungen können hier qualifizierende Maßnahmen durchgeführt bzw. sogar Umschulungen finanziert werden. Eine solche berufliche Rehabilitation kann sich übrigens auch durchaus an eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme anschließen. Berufliche Reha-Maßnahmen werden soweit möglich in Wohnortnähe durchgeführt und sind in der Regel auf zwei Jahre begrenzt.

Eine medizinische Rehabilitation hingegen dient der Behandlung von Gesundheits- und Funktionsstörungen und kommt immer dann in Frage, wenn eine rein symptomatische Behandlung keine hinreichenden Erfolge verspricht und intensivere Betreuung erforderlich ist. Ziel der Maßnahme ist es, die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden wiederherzustellen und sie oder ihn zu aktivieren und mobilisieren.

Dabei besteht die Möglichkeit, die Rehabilitationsmaßnahme ambulant oder stationär durchzuführen.

2. Voraussetzungen für die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation

Bevor eine Reha-Maßnahme angetreten werden kann, muss diese erst bewilligt werden. Im Regelfall ist für die Rehabilitation entweder die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger zuständig. Aber auch die Unfallversicherung kann unter Umständen als Kostenträger in Frage kommen, sofern der Reha-Bedarf durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit begründet ist. Ansonsten zahlt die Krankenkasse immer dann, wenn die Wiederherstellung der Gesundheit den Schwerpunkt der Maßnahme bildet, die Rentenversicherung dann, wenn die Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden soll. In einigen wenigen Fällen kann ein Reha-Anspruch auch vom Sozialhilfeträger übernommen werden, die Handhabung entspricht hier der der Krankenkassen.

In jedem Fall muss

- a) die Reha-Maßnahme aus medizinischen Gründen erforderlich sein und
- b) vom Arzt verordnet sowie vom Kostenträger genehmigt worden sein.

2.1. Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Damit der Rentenversicherungsträger die Kosten der Maßnahme übernimmt, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Man unterscheidet hier zwischen den persönlichen und den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.

Die persönlichen Voraussetzungen sind dann erfüllt, wenn die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und

- eine Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich abgewendet werden
oder
- die Erwerbsfähigkeit gebessert oder wiederhergestellt werden
oder
- der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Zudem müssen die sogenannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein:

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (die Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z.B. Kindererziehungszeiten)
oder
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren (§ 50 Abs. 1 SGB VI) bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit
oder
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung
oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor

- oder
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente
- oder
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Eine Übernahme der Kosten durch den Rentenversicherungsträger ist ausgeschlossen bei:

- akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit
- Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Drittel der Vollrente
- Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften
- Versicherungsfreiheit als BezieherIn einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Versorgungsbezüge
- Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sog. Vorruhestandsleistungen, z.B. Altersübergangsgeld
- Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregeln oder einstweilige Unterbringung
- Im Ausland, es sei denn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse ist für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten.

2.2. Wartezeit

Darüber hinaus muss in der Regel zwischen zwei gewährten Reha-Maßnahmen ein Zeitraum von vier Jahren liegen. Leistungen zur medizinischen Vorsorge sind hiervon ausgenommen.

Ausnahmen durch die Krankenkassen können nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit gemacht werden. Diese ist mittels Arztberichten oder Gutachten zu belegen.

Der Rentenversicherungsträger kann von der Vier-Jahres-Regel abweichen, wenn ansonsten mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

2.3. Ablehnung der Kostenübernahme

Erklärt sich der zuständige Träger nicht bereit, die Reha-Maßnahme zu bewilligen, kann innerhalb von vier Wochen nach Bescheiderteilung Widerspruch eingelegt werden. Geschieht dies nicht, wird der Widerspruch wirksam. Besonderes Augenmerk sollte man in jedem Fall auf die Bearbeitungsdauer des Antrags legen: hat der Kostenträger diesen nicht innerhalb von drei Wochen bearbeitet, gilt er als bewilligt. Man spricht in diesem Zusammenhang von der „Genehmigungsfiktion“.

Insbesondere stationäre Maßnahmen werden häufig abgelehnt mit der Begründung, dass entweder eine ambulante Reha ebenfalls genüge, eine Verbesserung durch die beantragte Maßnahme nicht zu erwarten sei oder die letzte Maßnahme weniger als vier Jahre zurückliege. Wurden bereits ambulante Maßnahmen ohne Erfolg

absolviert, kann dieser Ablehnungsgrund mithilfe eines ärztlichen Attests im Widerspruchsschreiben widerlegt werden.

Wenn dem Widerspruch nicht stattgegeben wird, wird er dem sogenannten Widerspruchsausschuss vorgelegt. Dort sind neben MitarbeiterInnen der Krankenkasse auch ehrenamtliche Arbeitgeber- und ArbeitnehmervertreterInnen an der Entscheidungsfindung beteiligt.

Führt dies alles nicht zum gewünschten Erfolg, bleibt nur noch der Weg vor das Sozialgericht. Hier kann binnen eines Monats nach Ablehnung des Widerspruchs Klage erhoben werden. Der Sozialverband VdK hilft diesbezüglich gerne weiter.

3. Leistungen und Ziele der medizinischen Rehabilitation

Zu den Leistungen der Medizinischen Rehabilitation gehören unter anderem:

- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter
- Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt
- Geriatrische Rehabilitation für ältere Menschen
- Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke
- Kinderheilbehandlung
- Familienorientierte Rehabilitation
- Onkologische Nachsorgeleistungen
- Frühförderung von Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Kinder
- Stufenweise Wiedereingliederung.

Da die ersten vier die häufigsten Leistungsfälle darstellen, wird auf sie in separaten Unterabschnitten nochmals extra eingegangen werden.

Darüber hinaus können im Rahmen der medizinischen Reha auch weitere Leistungen erbracht werden, wie z.B. Krankenbehandlung und Psychotherapie, Arznei- und Verbandsmittel, aber auch Kurzzeitpflege.

Die Ziele der medizinischen Reha lassen sich differenzieren zwischen Vorsorge und Reha. Vorsorge bedeutet, dass die Gesundheit gestärkt und einer absehbaren Erkrankung vorgebeugt werden soll, aber auch, eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken.

Die Reha hingegen soll Krankheiten erkennen, heilen oder eine Verschlimmerung verhüten und/oder Beschwerden lindern; einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende Behinderung beseitigen, verbessern oder ihre Verschlechterung zu vermeiden. Pflegebedürftigkeit soll verringert oder gar vermieden werden.

4. Finanzielle Leistungen während der Rehabilitation

Die finanzielle Absicherung während der Reha-Maßnahme richtet sich nach dem Einzelfall. Es kommen je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen folgende Leistungen in Betracht:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger.

Ihr zuständiger VdK-Kreisverband berät Sie hierzu gern.

5. Ambulant oder stationär?

Eine ambulante Rehmaßnahme ist eine Maßnahme „vor Ort“, der oder die Rehabilitand*in bleibt im häuslichen Umfeld, sucht aber tagsüber für die Behandlung eine Reha-Einrichtung auf. Auch eine Versorgung zuhause durch mobile Reha-Teams zählt zur ambulanten Reha. Von stationär wird dann gesprochen, wenn auch die Unterbringung außer Haus erfolgt, also der oder die Rehabilitand*in in einer Klinik untergebracht wird.

Grundsätzlich gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht. Ausnahme: Bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter und Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter gilt dies nicht.

5.1. Ambulante Rehabilitation

Eine ambulante Reha-Maßnahme kann dann beantragt werden, wenn abzusehen ist, dass eine ambulante Krankenbehandlung nicht für den angestrebten Reha-Erfolg ausreicht. Die Maßnahmen werden durchgeführt in Einrichtungen entweder mit einem Versorgungsvertrag mit dem zuständigen Kostenträger oder aber in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung. Dies muss der oder die Betroffene aber nicht selbst prüfen, der Kostenträger erteilt hierüber Auskunft. Wohnortnah bedeutet im Übrigen maximal 45 Minuten Wegzeit pro Strecke.

Grundsätzlich werden ambulante Reha-Maßnahmen auf längstens 20 Behandlungstage angesetzt, eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist dabei möglich.

5.2. Stationäre Rehabilitation

Stationäre Rehamaßnahmen bedeuten immer auch stationäre Aufnahmen, sprich die Patientin oder der Patient wohnt für die Dauer der Maßnahme in der Reha-Einrichtung.

Damit eine stationäre Reha bewilligt wird, darf kein ebenfalls geeignetes ambulantes Angebot existieren, die stationäre Aufnahme muss aus medizinischen Gründen zudem notwendig sein.

Die stationären Reha-Maßnahmen werden in der Regel für maximal drei Wochen bewilligt, auch hier ist eine Verlängerung aus medizinischen Gründen möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet.

5.3. Haushaltshilfe

Insbesondere Menschen mit Kindern bevorzugen häufig die ambulante Variante, da sie Sorge haben, dass die Haushaltsführung ansonsten betroffen ist bzw. die Kinder nicht bedarfsgerecht versorgt werden können. Hierunter leidet aber oft die Fokussierung auf den Erfolg der Reha-Maßnahme, da quasi nebenbei noch das familiäre Tagesgeschäft abgewickelt wird.

Deswegen bieten viele Kliniken die Möglichkeit, dass Kinder ihr Elternteil begleiten können. Diese können im Alter von 3-12 Jahren im Rahmen der Haushaltshilfe ebenfalls in der Klinik aufgenommen und in der Kinderbetreuung betreut werden. So kann der oder die Rehabilitand*in sich vollkommen auf die eigene Wiederherstellung konzentrieren. Einzelheiten hierzu unter Punkt 6.

Ist kein Kind im Haushalt vorhanden, aber benötigt ein/e Pflegebedürftige/r Unterstützung, kann die Kurzzeitpflege ebenfalls vom Kostenträger als Leistung der medizinischen Rehabilitation übernommen werden. Darüber hinaus bieten auch einige Kliniken inzwischen die Pflege des oder der Pflegebedürftigen im Rahmen der Reha einer Pflegeperson an.

5.4. Zuzahlung

Die Zuzahlung für ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen beläuft sich für Volljährige auf 10 € pro Tag. Ausnahme: Leistungen der Unfallversicherung sind zuzahlungsfrei.

6. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Für die medizinische Reha für Mütter und Väter gelten die Voraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie muss medizinisch begründet sein und kann alle vier Jahre beantragt werden. Eine Besonderheit ist hierbei, dass neben der Behandlung der Erkrankung auch Hilfen angeboten werden, die speziell auf Problemsituationen in Familien abzielen.

Damit die Kosten übernommen werden, muss die Erziehungsverantwortung für ein Kind unter 18 Jahren bestehen. Zu den Kindern zählen auch Stief- und Pflegekinder. Bei Kindern mit Behinderungen findet die Altersgrenze keine Anwendung.

Diese Form der Reha kommt dann in Frage, wenn

- Mutter oder Vater und Kind rehaedürftig sind

- Mutter oder Vater rehaedürftig ist und eine Trennung vom Kind unzumutbar wäre
- das Kind wegen des Reha-Aufenthalts von Mutter oder Vater nicht betreut werden kann.

Die Mitnahme eines Kindes zur eigenen Rehabilitation ist in der Regel bis zum 12. Lebensjahr möglich, in besonderen Fällen auch bis zum 14. Lebensjahr. Auch hier gilt für Kinder mit Behinderungen keine Altersgrenze.

Mutter/Vater-Kind-Leistungen werden von Krankenkassen und Unfallversicherung übernommen, die Rentenversicherung hingegen schließt diese aus. Die Reha wird von der Krankenkasse bzw. Unfallversicherung voll übernommen. Der Rentenversicherungsträger bezahlt nur medizinische Leistungen, keine Mutter/Vater-Kind-Leistungen.

Ist das Kind erkrankt und nicht das Elternteil, kann unter Umständen eine Kinderheilbehandlung beantragt werden, wo dann Mutter oder Vater als Begleitperson mitgenommen werden. In jedem Fall müssen schulpflichtige Kindern für die Dauer der Maßnahme vom Unterricht freigestellt werden.

7. Anschlussheilbehandlung

Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine Reha-Maßnahme, die zur Weiterbehandlung notwendig ist und unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation anschließt. Unmittelbar bedeutet hier, dass sie innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung angetreten werden muss. Medizinisch begründete Ausnahmen sind möglich.

In der Anschlussheilbehandlung soll der Patientin bzw. dem Patienten geholfen werden, durch die Erkrankung verlorene Fähigkeiten wiederzuerlangen und die Belastbarkeit wiederherzustellen.

Die Anschlussheilbehandlung kommt unter anderem in Frage bei:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten der Gefäße
- Entzündlich-rheumatischen Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatischen Erkrankungen sowie Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungsapparats sowie nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus Krankheiten
- nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere sowie nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologischen Krankheiten sowie nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krebserkrankungen

- Gynäkologischen Krankheiten sowie nach Operationen.

Bei Krebserkrankungen ist es nach Ablauf eines Jahres möglich, eine Festigungskur zu beantragen. Die medizinische Notwendigkeit wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft und entschieden.

Kommt die Rentenversicherung als Kostenträger für die Anschlussheilbehandlung in Betracht, müssen neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (siehe 2.1.) folgende persönliche und medizinische Voraussetzungen erfüllt sein:

- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

Die Anschlussheilbehandlung muss über die letzte behandelnde Klinik beantragt werden. Sie dauert im Regelfall drei Wochen, eine Verlängerung ist auch hier aus medizinisch-therapeutischen Gründen möglich.

8. Geriatrische Rehabilitation

Hinter dem Begriff „Geriatric“ versteckt sich die sogenannte Altersheilkunde, also die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen. Damit eine geriatrische Reha in Frage kommt, muss neben dem höheren Lebensalter (ab 70 Jahren) aber auch noch eine Multimorbidität vorliegen, sprich es müssen verschiedene Erkrankungen vorhanden sein.

Infolgedessen besteht zeitgleich die Notwendigkeit akutmedizinischer Behandlung und rehabilitativer Maßnahmen. Entsprechend komplex sind dann auch die Reha-Angebote. Im Regelfall kommt bei der geriatrischen Reha auch nur die Krankenkasse als Kostenträger in Frage.

Die geriatrische Reha schließt sich oft an einen Klinikaufenthalt an. Durch die Reha soll die individuelle Selbstständigkeit wiederhergestellt und Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Hierzu bedient sich die Reha-Einrichtung eines speziellen Aufnahmeverfahrens, bei der der physische, kognitive und soziale Zustand der Patientin bzw. des Patienten ermittelt wird. Vereinfacht gesagt werden Gleichgewichtssinn und Gehfähigkeit überprüft, Merk- und Sprachfähigkeit erfasst und das soziale Umfeld auf Hilfen und Unterstützung untersucht. Die geriatrische Rehabilitation ist insbesondere nach Schlaganfällen oder Stürzen angebracht.

9. Suchterkrankungen

Auch bei Substanzabhängigkeiten wie zum Beispiel von Alkohol, Medikamenten und / oder Drogen kann eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in Frage kommen. In diesem Zusammenhang spricht man von einer

Entwöhnungsbehandlung. Diese dauert zwischen bzw. 16 Wochen bei Alkohol- und bis zu 26 Wochen bei Drogenabhängigkeit.

Prinzipiell gilt, dass die Krankenversicherung für die der Entwöhnungsbehandlung vorausgehende Entzugsbehandlung im Krankenhaus zuständig ist, die Rentenversicherung hingegen für die Entwöhnungsbehandlung im Krankenhaus. Sind die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, trägt die Krankenkasse die gesamten Kosten.

Die Zuzahlung seitens der Versicherten richtet sich nach dem Kostenträger:

- **Krankenversicherung:** 10 € Zuzahlung pro Tag, begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
- **Rentenversicherung:** Ambulante RehaMaßnahmen sind zuzahlungsfrei; bei stationären RehaMaßnahmen 10 € täglich, begrenzt auf 42 Tage im Kalenderjahr. Schließt die Entwöhnungsbehandlung unmittelbar an eine stationäre Entgiftung an, beträgt die Zuzahlung 10 € täglich, begrenzt auf 14 Tage im Kalenderjahr.

Im Regelfall dauert eine stationäre Kurzzeittherapie für alkohol- und medikamentenabhängige 8 Wochen, eine Standardtherapie 12-15 Wochen. Für Drogenabhängige werden höhere Zeiten veranschlagt. Nach der stationären Rehabilitation schließt sich oft eine sogenannte Adaptionen- bzw. Anpassungsphase an. Hier soll sichergestellt werden, dass die Patientin oder der Patient im Alltag den Belastungen ohne Suchtmittel standhalten kann. Diese Phase wird entweder ebenfalls in der Entwöhnungseinrichtung durchgeführt oder in einer darauf spezialisierten Einrichtung.