

Stationäre Rehabilitations- maßnahme für Polio-Betroffene

Der Weg zur Reha bei der gesetzlichen
Kranken- und Rentenversicherung

Post-
Polio-
Syndrom

Medizinische
Rehabilitation

Klage

Widerspruch

Wunsch-
und Wahlrecht

Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Für manche Patienten ist der Beginn eines Rehabilitationsprogramms ein entscheidender positiver Wendepunkt mit der Entwicklung neuer Fähigkeiten, besserer Kontrolle und Selbstwertgefühl und positiverer Zukunftsperspektive. Die Effekte lassen sich über längere Zeiträume nachweisen. Dabei ist es für ein optimales Ergebnis wichtig, die stationäre Rehabilitation in einer entsprechend erfahrenen und qualifizierten Institution durchzuführen. Richtungsweisend ist dabei der Zertifizierungsprozess des Bundesverbandes Poliomyelitis e.V. Neben der Qualifikation des ärztlichen Personales sind auch die Struktur- und Prozessqualität entscheidend.

Stationäre Rehabilitation für Polio-Betroffene

Obwohl die Pathophysiologie des Post-Polio-Syndroms (PPS) bisher nicht vollständig geklärt ist, kann als gesichert gelten, dass eine chronische Überlastung des vorgeschädigten neuromuskulären Funktionssystems eine wichtige Rolle in der Entstehung des PPS spielt. In der Konsequenz steht ein Vermeiden weiterer Überlastung und angepasste physikalische Therapie im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen.

Durch umfassende Nutzung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten und insbesondere Durchführung regelmäßiger stationärer Therapien in Fach- bzw. Rehabilitationskliniken kann es gelingen, die Krankheitsprogredienz zu verzögern. Nach den Erfahrungen von PPS-Spezialambulanzen, neuroorthopädischen oder orthopädischen Akutkrankenhäusern sowie Rehabilitationseinrichtungen ist häufig in der Regel eine stationäre Therapie in spezialisierten Einrichtungen mit entsprechender ärztlicher und physiotherapeutischer Kompetenz der ambulanten Therapie vorzuziehen. Gegen die ambulante Behandlung spricht oft auch der damit verbundene Aufwand (Anreise), der schon eine Überbelastung bedeuten kann. Ein wesentliches Therapie-

ziel beim PPS ist das Unterbrechen der Progredienz bzw. die Zustandserhaltung. Wissenschaftliche Studien belegen die Wirksamkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. Das Fortschreiten der Erkrankung sowie die individuelle Problematik machen oft eine jährliche Rehabilitationsbehandlung erforderlich, wie es nach Sozialgesetzbuch (§§ 23, 40 SGB V) möglich ist. Diese sollte für PPS-Patienten mindestens 4 Wochen betragen.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation (§§ 26 f. SGB IX) verfolgt den Zweck,

- die Folgen einer Krankheit zu beseitigen oder zu mildern.
- die Erwerbsfähigkeit zu fördern, indem Einschränkungen vermieden, gemindert oder der vorzeitige Bezug von Sozialleistungen vermieden wird.

Die Leistung soll geeignet sein, den Gesundheitszustand im vorgenannten Sinne positiv zu beeinflussen. Die Regeldauer sind drei Wochen, Verlängerungen sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.

Private Krankenversicherung

Für Privatversicherte gelten besondere Bestimmungen, die sich aus dem jeweiligen Versicherungsvertrag ergeben.

Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung

Regelmäßig ist die gesetzliche Krankenversicherung bzw. die jeweilige Rentenversicherung zuständig, d.h. sie bezahlt die Maßnahme und an sie ist der Antrag zu richten.

Deutsche Rentenversicherung

„Reha vor Rente“: Die gesetzliche Rentenversicherung führt unter dieser Bezeichnung Leistungen mit dem Ziel durch, eine erheblich gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen, zumindest aber eine Verschlechterung abzuwenden. Anspruch besteht alle vier Jahre, es sei denn,

eine Rehabilitation ist aus gesundheitlichen Gründen bereits vor Ablauf dieser Frist dringend erforderlich.

Gesetzliche Krankenversicherung

„Reha vor Pflege“: Der Grundsatz will sicherstellen, dass der Eintritt der Pflegebedürftigkeit verhindert wird oder eine bereits bestehende Pflegebedürftigkeit überwunden, gemindert oder ihre Verschlimmerung vermieden wird.

Allgemeine medizinische Voraussetzungen

Die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung einer Reha liegen vor, wenn die Rehabilitation geeignet ist,

- Krankheiten zu erkennen, zu heilen.
- die Verschlimmerung einer Krankheit zu vermeiden.
- die Beschwerden einer Krankheit zu lindern.
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende zu beseitigen, zu verbessern.
- die Verschlechterung einer Behinderung zu vermeiden.
- eine Pflegebedürftigkeit zu verringern oder deren Eintritt zu vermeiden.

Voraussetzung der Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist weiterhin, wenn

- ambulante Maßnahmen nicht ausreichend oder nicht geeignet sind, o.g. Ziele zu erreichen.
- die ambulante Behandlungsschiene erschöpft ist.
- geeignete ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht bestehen oder für Sie nicht erreichbar sind.

Wunsch- und Wahlrecht § 9 SGB IX

Sowohl für die DRV als auch für die GKV gilt: Bei Zuweisung einer Klinik ist in erster Linie die medizinische Eignung für das Krankheitsbild eines Patienten und für das Erreichen des Reha-Zieles vom zuständigen Kostenträger zu berücksichtigen. Danach spielt das sog. Wunsch- und Wahlrecht, das jeder Patient für sich im Einzelfall ausüben kann, eine Rolle. Aus diesem ergibt sich die zusätzliche Verpflichtung der Kostenträger, bei der Klinikauswahl den berechtigten Wünschen der Versicherten zu entsprechen.

Widerspruch bei Ablehnung der beantragten Maßnahme

Wird Ihr Antrag abgelehnt, können Sie binnen eines Monats Widerspruch gegen die Entscheidung einlegen. Da sich ablehnende Entscheidungen meist auf Entscheidungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berufen, sollten Sie im Wege der Akteneinsicht Auskunft über das MDK-Gutachten verlangen. Bei der Begründung des Widerspruches müssen Sie sich inhaltlich mit den im Bescheid vorgetragenen Gründen für die Ablehnung auseinandersetzen.

Begründet wird eine Ablehnung z. B. damit, dass

- behauptet wird, ambulante Maßnahmen sind ausreichend.
- auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen wird, die in Wirklichkeit nicht bestehen und auch nicht von der Krankenkasse benannt sind oder die zwar bestehen, aber in Ihrem Fall nicht geeignet sind, weil die Behandlung keinen Erfolg gebracht hat.
- sie die von Ihnen vorgeschlagene Klinik ablehnen, ohne sich ordnungsgemäß mit Ihrem Wunsch- und Wahlrecht auseinanderzusetzen. Insbesondere darf die von Ihnen vorgeschlagene Klinik, sofern sie medizinisch besser geeignet ist, nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass Ihr Kostenträger einen Vertrag mit einer anderen Klinik habe, eine andere Klinik günstiger sei etc.
- die Einweisung in Ihre Wunschklinik von einer Zuzahlung abhängig gemacht wird.

Klage

Wird Ihr Reha-Antrag auch im Widerspruchsverfahren abgelehnt, so besteht die Möglichkeit der Klage beim zuständigen Sozialgericht. Auch in diesem Verfahren ist die Rechtsmittelfrist – 1 Monat nach Zustellung des ablehnenden Bescheides – unbedingt zu beachten. Es ist empfehlenswert, eine rechtliche Beratung einzuholen. Ein Rechtsstreit zieht sich leider oft über Jahre.

Verfasser: Vorstand des Bundesverbandes Poliomyelitis e. V.

Zusätzliche Argumentationshilfen
erhalten Sie in unserer Geschäftsstelle.

Herausgegeben vom

Bundesverband Poliomyelitis e. V.

Interessengemeinschaft von Personen
mit Kinderlähmungsfolgen

Mitgliedschaften:

Paritätischer Niedersachsen e. V.

BAG Selbsthilfe e. V.

Achse e. V. (seltene Erkrankungen)

EURORDIS

Weitere Informationen:

Bundesverband Poliomyelitis e. V.

Freiberger Straße 33

09488 Thermalbad Wiesenbad

Tel. 03733 504-1187

Fax 03733 504-1186

E-Mail: info@polio-selbsthilfe.de

www.polio-selbsthilfe.de

© (2017) by Bundesverband Poliomyelitis e. V.

Alle Rechte dem Bundesverband Poliomyelitis e. V. vorbehalten.

Kein Teil dieses Faltblattes darf in irgend einer Form

(durch Fotografie, Vervielfältigung oder ein anderes Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Bundesverbandes Poliomyelitis e. V.

reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.