

Wege zur medizinischen Rehabilitation

(sog. Heilverfahren)

Welche Voraussetzungen müssen für eine pneumologische Rehabilitation gegeben sein?

Rehabilitationsbedürftigkeit: Gesundheitlich bedingte drohende und bereits bestehende Beeinträchtigung der Teilhabe, die einen mehrdimensionalen und interdisziplinären (fachübergreifenden) Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht. Bei COPD bedeutet dies beispielsweise: Nichtrauchertraining, Ernährungsberatung, Bewegungstherapie der oberen und unteren Extremitäten, ggf. psychologische Betreuung und Beratung.

Rehabilitationsfähigkeit: Eine ausreichende körperliche und seelische Verfassung des Patienten, sowie Motivation und Belastungsfähigkeit müssen gegeben sein. Hinweis: Patienten mit einer Langzeit-Sauerstofftherapie und zum Teil auch mit einer nicht-invasiven Beatmung sind durchaus auch rehabilitationsfähig und profitieren von einem Heilverfahren. Hier ist darauf zu achten, dass die Klinik entsprechend die notwendige Versorgung sicherstellen kann.

Rehabilitationsprognose: Eine medizinisch begründete (Wahrscheinlichkeits-)Aussage für den Erfolg der Rehabilitation. Auf Basis der Erkrankung und des bisherigen Verlaufs, über die Erreichung eines festgelegten Rehabilitationsziels, durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme. Bei Patienten mit einer COPD verbessert die stationäre Rehabilitation deutlich die Leistungsfähigkeit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Im neuen GOLD-Report 2017 wird die Wirkung der nicht-medikamentösen Therapien wie Schulung, Rauchentwöhnung oder Trainingstherapie bestätigt. All das sind wichtige Bestandteile einer stationären pneumologischen Rehabilitation.

In der Regel besteht die Möglichkeit, alle vier Jahre eine Rehabilitation zu beantragen. Wenn allerdings eine Rehabilitation dringend medizinisch erforderlich ist, kann eine erneute Rehabilitation auch schon früher genehmigt werden.

Eine Rehabilitation nach einem stationären Aufenthalt aufgrund einer Exazerbation (akute Verschlechterung) als Anschlussheilbehandlung (AHB) wird ausdrücklich von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin empfohlen.

An wen wende ich mich für eine Antragsstellung, wer ist für was zuständig?

Der Antrag auf eine medizinische Rehabilitation erfolgt mit Beteiligung des Hausarztes oder des behandelnden

Lungenfacharzt bei der:

- DRV – Deutsche Rentenversicherung (gilt für Arbeitnehmer, Angestellte, Bezieher von Erwerbsminderungsrenten),
- oder bei der zuständigen Krankenkasse (gilt für Hausfrauen, Rentner, alle nicht/nicht mehr berufstätigen Personen),
- oder bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (bei anerkannter Berufskrankheit).

Antragsformulare sind bei den Ärzten oder den Kostenträgern (DRV, Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft) erhältlich. Die Kostenträger sind verpflichtet, eingereichte Anträge nach Prüfung ggf. an den tatsächlich zuständigen Kostenträger weiterzuleiten. Neben der erforderlichen ärztlichen Stellungnahme empfiehlt es sich, ergänzend ein eigenes Schreiben mit den persönlichen Gründen beizulegen.

Was sollte bei der Antragsbegründung berücksichtigt werden, was kann hilfreich sein?

Allgemein:

- Eine Verschlimmerung von chronischen Erkrankungen (COPD, Asthma, Fibrose...) soll verlangsamt oder gestoppt werden.
- Die Vermittlung von Strategien, Hilfe, Medikamenteneinstellung und Übungen mit denen die Auswirkungen der Krankheit vermindert werden sollen.
- Einer drohenden Behinderung soll vorgebeugt werden.
- Die Verringerung oder die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit soll angestrebt werden.

DRV-Antrag: Hinweis darauf, dass die Erwerbsfähigkeit wegen der Krankheit gemindert oder gefährdet ist. Begründung einer guten Prognose, dass die Minderung oder Gefährdung der Erwerbstätigkeit abgewendet oder verlangsamt werden kann.

Grundsätzlich ist auch wichtig: Eine Begründung warum eine ambulante Behandlung (oder ambulante Einzelmaßnahmen) nicht wirksam oder möglich ist und deshalb der Antrag auf ein **stationäres** Heilverfahren gewählt wurde.

Wie lange darf die Bearbeitung meines Antrages dauern?

§ 14 SGB IX regelt, dass ein Kostenträger spätestens zwei Wochen nach Antragseingang geklärt haben muss, ob er für die Leistung zuständig ist. Wenn Sie nach dieser Zeit nicht informiert werden, hat sich der Träger für zuständig erklärt!

Schon nach einer weiteren Woche muss über die Leistung dann auch entschieden werden, ansonsten ist der Antrag unverzüglich an einen anderen Kostenträger weiterzuleiten. Dieser muss innerhalb von drei Wochen entscheiden, nach-

dem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Das bedeutet: Spätestens der zweite Rehabilitationsträger MUSS über den Antrag entscheiden, und zwar innerhalb der beschriebenen Frist! Wenn sich später herausstellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, muss dieser dem Träger, der die Leistungen bis dahin übernommen hat, die Kosten erstatten.

Die für Krankenkassen bei Leistungsanträgen geltenden Entscheidungsfristen wurden durch das Patientenrechtegesetz (Fassung v. 1.1.2017) eingeführt und finden sich in § 13 Abs. 3a SGB V. Die speziellen Fristen für Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten die §§ 14, 15 SGB IX. Weitere Regelungen enthält das Gemeinsame Rundschreiben zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V (GR v. 15.5.2013).

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass eine Leistungsbewilligung durch Schweigen erfolgen kann (BSG, Urteil v. 8.3.2016, B 1 KR 25/15 R).

Was kann ich tun, wenn meine Reha abgelehnt wird?

Die Ablehnung durch den Kostenträger kann generell erfolgen oder auch teilweise. Ablehnungsgründe können dabei sein:

- die (hohen) Kosten der Wunschklinik,
- der (lange) Anfahrtsweg zur Wunschklinik,
- scheinbar nicht vorhandene Verträge/Zertifizierungen,
- weil die Wunschklinik aus Sicht des Kostenträgers medizinisch nicht geeignet ist.

Wenn die Ablehnung der Wunschklinik eingetroffen ist:

- Eingangstermin des Schreibens notieren.
- Beginn der Rechtsmittelfristen: ein Monat für Widerspruch, ein Monat für Klage.
- Mit der Wunschklinik die Ablehnungsgründe des Kostenträgers besprechen. Von der Wunschklinik mündlich oder besser schriftlich eine Stellungnahme dazu erbitten.
- Widerspruch formulieren und mit den gewonnenen Informationen begründen und per Einwurfeinschreiben (Dabei Fristen im Auge behalten!) an den Kostenträger zurücksenden.

Wenn auch der Widerspruch gegen die Ablehnung abgelehnt wird:

- Akteneinsicht in die medizinischen Unterlagen beantragen.
- Begründung mit dem Arzt besprechen, im Zweifel Rechtsrat (z. B. Sozialverband Deutschland e.V.) einholen.
- Bei wiederholter Ablehnung rechtsmittelfähige Entscheidung einfordern.
- Klage beim zuständigen Sozialgericht (Rechtsmittelfrist beachten, Rechtsberatung).

Pneumologische Rehabilitation 2017

Wann kann das rechtlich festgelegte Wunsch- und Wahlrecht einer Rehabilitationsklinik in Anspruch genommen werden?

Die Wunschklinik ist medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

- Für DRV und GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) gilt, dass mit ärztlicher Begründung (Attest) die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden muss.

Die Wunschklinik ist medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

- Kostenträger GKV: Die Wunschklinik muss einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besitzen und das Qualitätsmanagementsystem der Klinik zertifiziert sein. Die Auffassung der GKV ist überholt, dass die Kasse grundsätzlich die eigene „billigere“ Vertragsklinik durchsetzen kann (BSG Urteil B 1 KR 12/12R).
- Kostenträger DRV: Die Wunschklinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (§9 SGB IX) geboten ist und ein Belegvertrag mit der DRV vorliegt.



Martin Leibl

Facharzt für Innere Medizin
und Pneumologie
Chefarzt der Nordseeklinik
Westfalen

Nordseeheilbad Wyk auf Föhr
www.nordseeklinik.online



Dr. Ralf J. Jochheim

MSc, MMBA
Geschäftsführer