



Informationsblatt 23

Rehabilitation

Wieder in der Lage zu sein, die Herausforderungen des Alltags zu meistern oder den aktuellen Zustand zu erhalten, das ist das Ziel einer medizinischen Rehabilitation.

Leistungen der Rehabilitation sollen Einschränkungen der Körperfunktionen beseitigen, vermindern oder eine Verschlimmerung verhüten, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten helfen dabei, die Leistungsfähigkeit wieder herzustellen.

Wer trägt die Kosten?

Alle gesetzlich Versicherten haben einen Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation, sobald sie aus ärztlicher Sicht begründet werden kann und notwendig ist. Die Maßnahme dauert in der Regel 3 Wochen und kann alle vier Jahre beim zuständigen Kostenträger beantragt werden. Bei medizinischer Notwendigkeit besteht die Möglichkeit einer früheren Inanspruchnahme.

Bei Altersrentnern und Altersrentnerinnen ist in erster Linie die Krankenversicherung zuständig. Für die Beantragung einer Rehabilitation muss von der Arztpraxis ein Vordruck ausgefüllt werden.

Steht die Person im Erwerbsleben, liegt die Zuständigkeit beim Rentenversicherungsträger. Bei Kindern und Jugendlichen sowie bei einer Krebsnachsorge treten Krankenversicherung und Rentenversicherung gleichermaßen ein. Weitere Kostenträger können die Unfallversicherung, Sozialhilfe, Eingliederungshilfe und die Bundesagentur für Arbeit sein.

Eine Besonderheit ist, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung des Pflegegrades eine medizinische Rehabilitation empfehlen kann.

Wann bekommt man eine medizinische Rehabilitation?

Die ambulanten Behandlungen wie zum Beispiel die Ergo- oder Physiotherapie am Wohnort sind ausgeschöpft oder reichen nicht mehr aus.

Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen sind im Rahmen der Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose gegeben.

Das bedeutet im Einzelnen, es liegt eine medizinische Notwendigkeit vor, eine ausreichende Belastbarkeit und Motivation ist gegeben und die Maßnahme ist nachhaltig.

Rehabilitationsangebote

Bei der **mobilen geriatrischen Rehabilitation** „kommt die Rehabilitation ins Haus“, das heißt, die Behandlungen erfolgen in der Häuslichkeit, mehrmals in der Woche. Das kommt für Menschen in Frage, die wegen einer Demenzerkrankung auf die ständige Anwesenheit eines Angehörigen angewiesen sind oder deren Wohnumfeld speziell auf die Behinderung eingerichtet ist.

Bei der **ambulanten Rehabilitation** erhalten die Patienten und Patientinnen über mehrere Tage die notwendigen Behandlungen und Angebote in einer Einrichtung in Wohnortnähe. Je nach Bedarf und Einrichtung werden Fahrdienste zur Verfügung gestellt.

Reicht die ambulante Rehabilitation nicht aus, kann eine **stationäre Maßnahme** in Betracht kommen.

Zu den stationären Rehabilitationsangeboten gehört die

- **indikationsspezifische Rehabilitation**, die auf spezielle Beeinträchtigungen wie z.B. Herzkreislauf oder orthopädische Erkrankungen ausgerichtet ist
- die **geriatrische Rehabilitation** für ältere Menschen, die pflegebedürftig sind und eine Vielzahl von Erkrankungen haben.
- die „**Familienorientierte Rehabilitation**“ für schwer chronisch kranke Kinder und ihre Familie
- die **Anschlussrehabilitation**, wenn sich eine medizinische Rehabilitation unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt.

Es gilt stets der Grundsatz, ambulant vor stationär und Rehabilitation vor Pflege.

Breites Behandlungsspektrum

Eine medizinische Rehabilitation ist eine komplexe Leistung mit einer Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel durch das Erlernen von Techniken, mit Hilfe von Massagen, Heilbädern, gezielte Krankengymnastik oder Ergotherapie, die Beweglichkeit und das seelische und körperliche Wohlbefinden zu steigern.

Atem- und Ausdauerübungen können helfen, um körperlich belastbarer zu werden.

Gelehrt wird auch die Umstellung von Ernährungsweisen; Raucherentwöhnung; Erlernen von Entspannungsmethoden und noch vieles mehr.

Zuzahlung

Für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zahlen Erwachsene 10 Euro je Kalendertag an die Einrichtung.

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

Wichtig zu wissen: Zuzahlungen sind nur bis zur finanziellen Belastungsgrenze zu leisten. (siehe Informationsblatt Nr. 7)

Bei Anschlussrehabilitation ist die Zuzahlung auf 28 Tage je Kalenderjahr begrenzt. Hierbei werden bereits geleistete Krankenzuzahlungen berücksichtigt.

Gerne beraten Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegestützpunktes

Kostenfreie Servicenummer: 0800 5950059

www.pflegestuetzpunkteberlin.de

Träger der Pflegestützpunkte sind das Land Berlin sowie die Pflege- und Krankenkassen in Berlin