



Die neue Gesundheitsversicherung: Stark für Rehabilitation

Mit der Gesundheitsreform werden Rehabilitationsmaßnahmen für die Patientinnen und Patienten rundum gestärkt. Alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation, auch die geriatrische Rehabilitation, sind seit dem 1. April 2007 Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Diese neue Regelung ist Grundlage für eine ganze Reihe von Verbesserungen, die den Patienten zu Gute kommen.

Eindeutige Rechtslage

Ob nach einem Herzinfarkt, einer Hüftoperation oder Tumorentfernung: Rund zwei Millionen Menschen in Deutschland nehmen jedes Jahr Rehabilitationsleistungen in Anspruch. Bei vielen Krankheiten beziehungsweise medizinischen Eingriffen sind anschließende Maßnahmen unverzichtbar, um die gesundheitliche Genesung des Patienten auch langfristig zu gewährleisten und Folgeschäden zu verhindern. Bislang herrschte bei Versicherten viel Verunsicherung darüber, bei welchen Krankheiten oder Verletzungen man einen Anspruch auf „Reha“ hat, und ob sie von der Krankenkasse genehmigt wird. Jetzt gilt ohne Ausnahme: Alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Besonders wichtig: Das umfasst auch die Rehabilitation für ältere Menschen, die so genannte geriatrische Rehabilitation. Die Genehmigung sinnvoller Reha-Maßnahmen liegt jetzt nicht länger im Ermessen der Krankenkasse.

Reha vor Pflege

Ob nach einem Schlaganfall oder bösen Sturz – gerade für ältere Menschen führen schwere Krankheiten und Verletzungen bislang oft dazu, dass sie ihre Selbstständigkeit verlieren und dauerhaft auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. Das muss aber nicht sein. Rehabilitation kann in vielen Fällen dazu beitragen, schnell wieder ein selbstständiges Leben führen zu können. Und es ist der Wunsch auch der

meisten älteren Menschen, so lange es geht zuhause leben und den Alltag nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Dem trägt die Gesundheitsreform Rechnung: Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird mit Leben gefüllt. Alte Menschen haben nun einen Anspruch auf Rehabilitation. Diese kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Die Reform stärkt die ambulante Rehabilitation besonders: Auch die Behandlung durch so genannte mobile Reha-Teams gehört jetzt zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Aber auch wer bereits pflegebedürftig ist, kann künftig zum Beispiel in stationären Pflegeeinrichtungen Rehabilitationsleistungen erhalten.

Zu Ihnen nach Hause: die mobilen Reha-Teams

Als älterer Mensch oder Angehöriger kennen Sie die Unsicherheit: Was geschieht mit mir, meiner Mutter oder meinem Vater nach einer schweren Krankheit oder einer Verletzung? Viele ältere Menschen möchten lieber in ihrer vertrauten Umgebung wieder „fit“ werden statt in eine Reha-Klinik oder in ein Pflegeheim zu gehen. Mobile Reha-Teams machen das jetzt möglich. Dazu gehört ein Arzt, der die Behandlung koordiniert und – je nach Bedarf – ein Team aus Pflegekräften, Krankengymnasten oder Sprachtherapeuten. Die Therapeuten besuchen und behandeln den Patienten zuhause in seinem gewohnten Umfeld. Und weil der Erfolg einer Reha letztlich auch von der Unterstützung der Familie abhängt, werden Angehörige ebenfalls in das Gesamtkonzept mit eingebunden. Das gemeinsame Ziel: Der Patient soll, wenn er das möchte, so weit wie möglich seinen Alltag in den eigenen vier Wänden selbstständig gestalten können.

Mehr Wettbewerb, mehr freie Wahl

Nicht nur schneller, auch individueller können Patienten jetzt notwendige Reha-Leistungen in Anspruch nehmen: Künftig dürfen sie sich „ihre“ Einrichtung selbst aussu-

chen. Das stärkt den Wettbewerb – und ist vor allem für die Versicherten ein deutliches Plus im Vergleich zur früheren Regelung, wonach ihnen nur diejenigen Reha-Kliniken zur Verfügung standen, mit denen die Krankenkasse einen Versorgungsvertrag hatte. Nun können alle Versicherten grundsätzlich zwischen allen bundesweit zertifizierten und zugelassenen stationären Reha-Einrichtungen wählen – sind diese allerdings teurer als die Vertragspartner der Krankenkassen, muss der Patient die Mehrkosten selbst tragen. Und: Diese Wahlfreiheit gilt nur dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung – nicht aber Unfall- oder Rentenversicherung – für die Reha-Maßnahme zuständig ist. Das Zertifizierungsverfahren wird noch etwas Zeit in Anspruch nehmen.

Wer zahlt Ihre Reha?

Wissen Sie, welcher Träger für welche Rehabilitationsleistungen aufkommt? Je nach Art der Krankheit oder des Unfalls übernehmen die Unfall-, Renten- oder Krankenversicherung die Kosten.

- Behandlungen, die der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Wiedereingliederung ins Berufsleben dienen, übernimmt die Rentenversicherung.
- Die Unfallversicherung zahlt die Reha-Leistungen, wenn diese ursächlich nach einem Unfall am Arbeitsplatz notwendig geworden sind.
- Die Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, wenn diese erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern, sofern die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist. Sie ist auch zuständig, wenn es darum geht, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Qualität, auf die Verlass ist

Mit der Gesundheitsreform müssen sich alle stationären Reha-Einrichtungen regelmäßig einer unabhängigen Qualitätsprüfung unterziehen. Verweigern sie diese oder erfüllen sie die Qualitätskriterien nicht, bekommen sie von den Krankenkassen keine Behandlungskosten mehr erstattet. Damit wird eine hohe Qualität der Rehabilitation auf allen Ebenen gewährleistet. Die Patientinnen und Patienten können jetzt besser vergleichen und haben die Gewissheit, dass „ihre“ Reha-Klinik patientenorientiert und auf dem Stand aktueller medizinischer Erkenntnisse arbeitet.

Sie suchen eine Reha-Klinik?

Fragen Sie am besten zuerst bei Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse nach – das sind die Experten für die Reha-Einrichtungen in Ihrer Region.

Wer sich vorab lieber selbst informieren möchte: Auch im Internet gibt es jede Menge Infos zum Thema, zum Beispiel:

- Eine Übersicht über Reha-Kliniken, nach Bundesländern geordnet, finden Sie auf www.reha-hospital.de, einem Service der AOK Bayern.
- Auf der Homepage www.Rehaklinik.com des Arbeitskreises Gesundheit können Sie Ihre Suche zusätzlich nach Krankheitsbildern ergänzen.
- Umfassende Informationen zum Thema Rehabilitation inklusive Kliniksuche bietet auch die gesetzliche Rentenversicherung unter www.Deutsche-Rentenversicherung-Bund.de
- Ein Verzeichnis von stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation können Sie für fünf Euro bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de) bestellen: Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main, Telefon (069) 60 50 18-0

Wo Sie sich informieren können

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit

Mit dem Bürgertelefon bietet das Bundesministerium für Gesundheit allen Bürgerinnen und Bürgern eine kompetente Anlaufstelle für alle Fragen zum Krankenversicherungsschutz, zur Gesundheitsreform 2007 und allgemein zur gesetzlichen Krankenversicherung:

01805/99 66 01* Fragen zum Versicherungsschutz

01805/99 66 02* Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung

* Kostenpflichtig. Es gilt der Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters – in der Regel 0,14 €/Min. aus dem deutschen Festnetz.

Newsletter

Mit dem BMG-Newsletter erhalten Sie alle 14 Tage Erläuterungen zu wichtigen Themen der Gesundheitsreform 2007 und weitere Informationen zur Gesundheitspolitik. Anmeldung unter: www.bmg-newsletter.de

www.die-gesundheitsreform.de

Hier finden Sie aktuelle Informationen und verständliche Erläuterungen zur Gesundheitsreform 2007.