Ambulante mobile neurologische Rehabilitation

Frage vom 02.08.2011

Nach aufmerksamem lesen des Kurzinterviews mit Dr. Reuther stellt sich mir immer noch die Frage, inwiefern sich die mobile Reha von einer guten therapeutischen Versorgung zuhause unterscheidet. Mein Ehemann hat z.B. 4 x Physiotherapie, 2 x Ergotherapie und 2 x Logopädie pro Woche. Viel mehr hatte er in der Reha vor seiner Entlassung auch nicht. Diese Therapien hat er seit nun fast 10 Jahren. Eine mobile Reha würde sich doch mit Sicherheit nicht über so einen langen Zeitraum erstrecken. Was passiert, wenn keine weiteren Fortschritte im häuslichen Rahmen und mit Hilfe der mobilen Reha mehr zu verzeichnen sind. Hat der Patient dann noch Anspruch auf diese erhaltenden Therapien? Oder muss dann ein gewisser Zeitraum verstreichen bevor wieder eine neue Reha erfolgen kann.
Wo genau liegt der Vorteil?

Eine andere Frage in dem Zusammenhang. kann die mobile Reha von jeder Therapiepraxis ausgeübt werden oder braucht es besondere Zulassungsvoraussetzungen? Kann die mobile Reha auch in der Berufseingliederungsbegleitung eingesetzt werden? (Ich habe hier den Fall, dass Teilnehmer des Reha-Aktiv-Programms Therapien erhalten sollen, z.B. in Pausenzeiten, oder Hilfen bei der Umsetzung der Arbeitsvorgänge, aber die Kassen wollen nur zahlen, wenn die Leute in der jeweiligen Therapie-Praxis behandelt werden).

Mit freundlichen Grüßen
K. A.

Die Antwort von Dr. Reuther v. 03.08.2011

- Rehabilitation ist immer eine zeitlich befristete Maßnahme

• Rehabilitation sollte immer auf ein klares Ziel hinarbeiten
• Übergeordnetes Ziel einer Rehabilitation sollte aktive „Teilhabe“ an den individuellen sozialen Lebenssituation sein: d.h. möglichst autonome Aktivitäten des täglichen Lebens – möglichst aktives Leben/Wohnen in Familie oder gegliederter Wohnform, tagesstrukturierende Maßnahmen und ggfs. Arbeiten mit der individuell notwendigen Unterstützung (Hilfsmittel, Assistenz..)
• Rehabilitation sollte Funktions-Körperstörungen, Aktivitätsbeeinträchtigungen und Teilhabebehinderungen behandeln und die Rahmenbedingungen des Patienten und seines Umfeldes beachten (=ICF)
• Rehabilitation findet immer mit / durch mehreren Berufsgruppen (multiprofessionelles Team, multimodale Komplextherapie) statt
• Das Team verfolgt den Plan der mit dem Patienten und dem sozialen Umfeld und dem Kostenträger abgestimmt worden ist
• Das Reha Team sollte mit den etwaigen anderen Beteiligten zusammenarbeiten

Unter optimalen Bedingungen sollte Rehabilitation bei Schwerbetroffenen durchgängig von der Akutbehandlung über die frühe medizinische Rehabilitation (AHB) zur postakuten Rehabilitation (stationär oder ambulant) bis zur nachgehenden Maßnahmen der Rehabilitation im Lebensraum (Eingliederung i) geführt werden und dann zur ambulanten Nachsorge (Hausarzt, Facharzt, Heilmittel) (=Versorgungskette)
Mobile Rehabilitation ist ein Baustein in dieser Kette und gehört letztlich zu den ambulanten und ggfs. nachgehenden Maßnahmen der Rehabilitation in der besonderen Situation, dass Reha anders nicht stattfinden oder wirksam sein kann.

Ambulante Heilmittelversorgung und Versorgung durch ambulante Hausärzte und Pflegedienste gelten als ambulante Nachsorgemaßnahmen, die den durch Rehabilitation erreichten Zustand, die erreichte Lebenssituation Vorort erhalten und nachsorgend weiter fördern.
Es kann sinnvoll sein, dass man die Maßnahmen der ambulanten Nachsorge durch eine Intervall-Rehabilitation ergänzt (z.B. wenn sich aus der Situation neue Aufgaben ergeben, die einer Intensivförderung bedürfen. Dabei gelten unter anderem folgende sozialrechtliche Regeln: lt SGBs soll Reha dann erwogen-beantragt werden, wenn ambulante Maßnahmen nicht reichen ein Behinderung zu überwinden und zu vermeiden

Gebot der Krankenkasse „wirtschaftlich, ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“ (SGB V § 12),
– Grundsatz der Rentenversicherung „Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit“ (SGB VI § 13),
– Grundsatz der gesetzlichen Unfallversicherung: „ Mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln“ (SGB VII § 1) > ABER AUCH SGB V § 2 a: „Den besonderen Belangen behinderter oder chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“

Zugegebener Massen sind wir weit davon entfernt, die dargestellte „durchgängige Versorgungskette“ verfügbar zu haben. An vielen Ecken müssen die Betroffenen die leidvolle Erfahrung von Versorgungsbrüchen und Unterversorgung machen: Dennoch müssen „wir Alle“ für die überall erreichbare „sozialräumige“ Versorgung ringen > „Dicke Bretter bohren“ „Leistung einfordern, ggfs. sozialgerichtlich Klagen“ (siehe auch www.dVfR.de und http://www.bmas.de

Mit freundlichen Grüßen
Paul Reuther

Diskutiere diesen Beitrag im Forum