

Aufklärung im Versorgungsdschungel

Viele Rehabilitations- und Nachsorgemaßnahmen nach Schlaganfall bleiben noch ungenutzt, oft aus Unkenntnis. Das ist uns Anlass für einen Überblick.

Nach Entlassung aus Klinik oder Reha sind Hausärzte oder Therapeuten erste Ansprechpartner für viele Angebote, die dazu dienen, den Heilerfolg zu stabilisieren. Sogenannte „Heilmittel“ wie Ernährungs-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie oder Podologie dürfen seit der Heilmittelreform 2021 nicht nur von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch von Therapeuten verordnet werden.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Die Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie (§ 92 SGB V) listet Erkrankungen auf, für die von vornherein ein möglicher „langfristiger Heilmittelbedarf“ angenommen wird. Der Schlaganfall zählt dazu. Ein gesonderter Antrag bei der Krankenkasse entfällt. Die öfter angefragte „Neurofeedback-Technik“ ist nicht als eigenständiges Heilmittel zu verordnen, jedoch im Rahmen der Ergotherapie bei nachgewiesener medizinischer Indikation vom Ergotherapeuten einsetzbar.

Bei Verordnungen nach Schlaganfall wird der besondere Verordnungsbedarf für ein Jahr nach Akutereignis anerkannt. Ist ein Schlaganfall länger her, benötigt die Kasse die sogenannte „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ von Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin. Sie muss eine medizinische Begründung enthalten mit Angabe von Therapiebedarf, -fähigkeit, -ziel und -prognose. Die Frist für den Behandlungsbeginn beträgt 28 Tage.

Nachsorgeprogramme und Hilfsmittel

Zusätzlich gibt es Nachsorgeprogramme wie die IRENA als intensivierete Reha-Nachsorge mit verschiedenen Bewegungsmodulen (berufsbegleitend), T-RENA als Gerätetraining, Psy-RENA bei psychischen Störungen oder Rehasport als Funktionstraining. Hierfür ist eine Genehmigung verbindlich. Kostenträger der Nachsorgeprogramme sind die Rentenversicherung bei Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder Wiedereingliederung und die Krankenversicherung im Falle der Pflegebedürftigkeit. Unter „Hilfsmittel“ versteht man Gegenstände, die die Krankheit ausgleichen sollen oder längerfristig zur Selbstständigkeit beitragen wie Orthese, Rollstuhl oder Rollator. Sie werden nach dem „Hilfsmittelkatalog“ oder – falls dort nicht gelistet – bei medizinischer Notwendigkeit auf gesonderten Antrag von der jeweiligen Krankenkasse bewilligt. Davon abzugrenzen sind „Pflegehilfsmittel“ zur häuslichen Pflege, die je nach Hilfsmittelart (Notrufsystem, Liftlösung, Hygieneprodukte) von der Pflegekasse bei nachgewiesener Pflegebedürftigkeit pauschal bezahlt, bezuschusst oder leihweise überlassen werden.