



**Positionen der Deutschen Rheuma-Liga
zum Entwurf eines
„Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz - RISG)**

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erleichtert werden. Darüber hinaus regelt der Referentenentwurf die außerklinische Intensivpflege neu.

Die **Rehabilitation** ist ein **wichtiger Baustein** in der Versorgung rheumakranker Menschen. Rehabilitationsmaßnahmen führen zur Verbesserung der Beweglichkeit und mindern psychosoziale Belastungen rheumakranker Menschen. Sie tragen zudem wesentlich dazu bei, die Arbeits- und Erwerbstätigkeit zu erhalten. Darüber hinaus ist die Versorgung in einer fachspezifischen Einrichtung für rheumakranke Menschen von großer Bedeutung, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt daher grundsätzlich die Absicht des Gesetzgebers, das **Wunsch- und Wahlrecht** der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken, den Zugang zur Kinder- und Jugendrehabilitation zu erleichtern und dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ mehr Kraft zu verleihen.

Gleichwohl sieht die Rheuma-Liga in einigen Punkten **Nachbesserungsbedarf**. Dies betrifft unter anderem die Notwendigkeit, dass Rehabilitationsrecht einheitlich zu gestalten.

Dazu zählt auch, **indikationsspezifische Rehabilitationsbedarfe** weiterhin im ausreichenden Maße zu berücksichtigen.

Zu einzelnen Regelungen im Gesetzentwurf:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 40 SGB V -neu

1. Wunsch- und Wahlrecht

Entscheiden sich Versicherte für eine andere als von der Krankenkasse bestimmte Rehabilitationseinrichtung müssen sie die Mehrkosten bisher in voller Höhe selber tragen. Mit der Änderung des **§ 40 Abs. 2 SGB V -neu** wird festgelegt, dass Versicherte künftig nur die Hälfte dieser Mehrkosten selber tragen müssen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt, dass der Gesetzgeber das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten stärken will. Die Reduzierung der Mehrkosten ist ein erster Schritt in die richtige Richtung.

Die Deutsche Rheuma-Liga setzt sich dafür ein, den Mehrkostenvorbehalt gänzlich abzuschaffen.

2. Kinderrehabilitation

§ 40 SGB V Abs. 3 bestimmt, dass in der Regel eine Frist von vier Jahren vor Beantragung einer erneuten Rehabilitationsmaßnahme eingehalten werden muss. Von dieser Frist kann nur aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall abgewichen werden.

Künftig entfällt für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, diese Vierjahresfrist (**§ 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V -neu**).

Rehabilitationsmaßnahmen sind eine unverzichtbare Behandlungsmaßnahme bei Kindern und Jugendlichen mit einer Juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA). Ziel der Rehabilitation rheumakrankter Kinder und Jugendlicher ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der vollständigen Gelenkfunktion mit normalen Bewegungsmustern. Die Krankheitslast ist für betroffene Kinder und Jugendliche enorm. Für die psychosoziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen ist es wichtig, im Kontakt mit Gleichaltrigen Probleme anzusprechen und die Krankheitsbewältigung sowie das Krankheitserleben positiv zu steuern.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt daher diese Änderung. Sie folgt damit auch den Regelungen des § 15a SGB VI.

Die Deutsche Rheuma-Liga schlägt aber darüber hinaus vor, dass die Vorschriften des SGB V und des SGBVI für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation auch hinsichtlich des weiteren Anspruchsinhalts angeglichen werden. Unterschiede bestehen beispielsweise noch bei der Leistungsdauer. Diese beträgt bei einer stationären Reha-Maßnahme nach § 15a Abs. 4 SGBVI in der Regel *mindestens* vier Wochen, bei einer Maßnahme nach § 40 Abs. 3 Satz 6 SGB V *höchstens* drei Wochen. Auch sollte die Altersgrenze für den Anspruch auf Kinder- und Jugendrehabilitation einheitlich gestaltet werden. So können junge Erwachsene mit Behinderungen, die sich nicht selbst unterhalten können, sowohl im Rentenversicherungsrecht als auch im Krankenversicherungsrecht bis zum 27. Lebensjahr die Leistung zu den vergünstigten Konditionen erhalten (vgl. für das Rentenversicherungsrecht § 15a Abs. 3 Satz 2 i.V.m. § 48 Abs.4 Nr. 2d SGB VI).

Die Deutsche Rheuma-Liga regt insoweit an, hier weitere Regelungen aus § 15a SGB VI in den § 40 SGB V zu übernehmen.

3. Geriatrische Rehabilitation

Zugang

Verordnet ein Vertragsarzt eine geriatrische Rehabilitation unter Berücksichtigung geeigneter Abschätzungsinstrumente, entfällt die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkassen. Bei allen anderen Indikationen kann die Krankenkasse die Verordnung nur dann ablehnen, wenn eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen die medizinische Notwendigkeit verneint (**§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V -neu**).

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Neuregelung.

Eine Rehabilitationsmaßnahme kann entscheidend dazu beitragen, den Personen ein weitestgehend unabhängiges Leben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Die Neuregelung darf jedoch nicht dazu führen, dass bei älteren Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung eher eine geriatrische denn eine **indikationsspezifische Rehabilitation** durchgeführt wird. Eine Rehabilitation muss - insbesondere bei einer chronischen rheumatischen Erkrankung - immer individuell, bedarfs- und fachgerecht sein.

Aufgrund der Neuregelung ist anzunehmen, dass es zu einer Zunahme von Rehabilitanden kommen wird. Diese sind überwiegend auf ein **hohes Maß an Unterstützung** angewiesen. Daher muss zum einen sichergestellt sein, dass ein ausreichendes Versorgungsangebot vorhanden ist und zum anderen ausreichend geschultes Personal in den Kliniken beschäftigt wird.

Kritisch sieht die Deutsche Rheuma-Liga die Unterscheidung zwischen der medizinischen Notwendigkeit aufgrund des Alters und „bei allen anderen Indikationen“. Hier sollten einheitliche Regelungen für einen vereinfachten Zugang gelten.

Insgesamt sollten die Regelungen des SGB V mit denen des SGB IX, Teil I kompatibel sein.

Die Neuregelung des § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V beschränkt sich auf die vertragsärztliche Versorgung. Im Rahmen der **Anschlussheilbehandlung (AHB)** sind es Krankenhausärzte, die den Rehabilitationsbedarf feststellen. Die Neuregelung sollte daher auch den Personenkreis ausgedehnt werden, der direkt vom Krankenhaus in die Rehaklinik verlegt wird.

Dauer der Leistung

Eine geriatrische Rehabilitation wird künftig stationär für drei Wochen und ambulant für 20 Behandlungstage erbracht (**§ 40 Abs. 3 Satz 6 SGB V -neu**).

Für die geriatrische Rehabilitation wird damit zum Regelfall, was für alle anderen Indikationen die Obergrenze der Leistungsdauer darstellt.

Die Deutsche Rheuma-Liga regt an, die Neuregelung des § 40 Abs. 3 Satz 6 SGB V für die medizinische Rehabilitation insgesamt zu übernehmen.

Nicht selten werden nämlich Leistungen der medizinischen Rehabilitation inzwischen für weniger als 20 Tage erbracht, insbesondere im Bereich der ambulanten und der mobilen Rehabilitation. Die in der Gesetzesbegründung vorgetragene Argumente (Notwendigkeit von Folgeanträgen, weitere Genehmigungsverfahren oder Behandlungslücken) können gleichermaßen auf andere Indikationen übertragen werden.

Berichtspflicht

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird verpflichtet, dem Deutschen Bundestag über die Auswirkungen der Änderungen bis Ende 2021 zu berichten. (**§ 40 Abs. 3 Satz 9 SGB V -neu**).

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt diese Regelung. Sie trägt dazu bei, Fehlentwicklungen aufzuzeigen und Änderungsbedarfe festzustellen.

In dem Bericht sollten auch Veränderungen im Verhältnis zwischen geriatrischer und indikationsspezifischer Rehabilitation untersucht werden.

Bonn, den 04.09.2019