



**Herausgegeben im Auftrag
des Vorstandes**

Rotraut Schmale-Grede (V.i.S.d.P.)
Präsidentin Deutsche Rheuma-Liga
Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14
53111 Bonn
T: 0228-76606-0
bv@rheuma-liga.de
www.rheuma-liga.de

Redaktion

Annette Schiffer (V.i.S.d.P.)
Leiterin Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Rheuma-Liga
Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14
53111 Bonn
T: 0228-76606-23
schiffer@rheuma-liga.de
www.rheuma-liga.de

Gesetzgeber plant Änderungen beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation

Mit dem Reha- und-Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG) will die Bundesregierung Versicherten den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erleichtern. Hierzu gehört eine Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts. Ebenso soll dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ mehr Aussagekraft verliehen werden. Auch für Kinder und Jugendliche sind Verbesserungen geplant. Die Deutsche Rheuma-Liga spricht sich für Nachbesserungen aus.

Rehabilitation ist ein wichtiger Baustein in der Versorgung rheumakrankter Menschen – bis ins hohe Alter hinein. Die Reha-Maßnahmen führen zu einer verbesserten Beweglichkeit und mindern die psychosoziale Belastung der Betroffenen. Reha kann wesentlich dazu beitragen, die Arbeits- und Erwerbstätigkeit zu erhalten. „Vom Grundsatz her begrüßen wir als Deutsche Rheuma-Liga deshalb die Absicht von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Dennoch sehen wir in einigen Punkten einen Nachbesserungsbedarf“, sagt Rotraut Schmale-Grede, Präsidentin des Selbsthilfverbandes. Bisher handelt es sich um einen Referentenantrag.

Mehrkosten bei Wunsch- und Wahlrecht abschaffen

Entscheiden sich Versicherte für eine andere als von der Kran-

kenkasse bestimmte Reha-Einrichtung, müssen sie bisher die Mehrkosten selber tragen. Nach den neuen Regelungen sollen diese Kosten künftig auf die Hälfte der anfallenden Mehrkosten geschränkt werden. Sein Wunsch- und Wahlrecht auszuüben, darf aber nicht von den finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen abhängig sein. Die Rheuma-Liga setzt sich seit langem dafür ein, dass der Mehrkostenvorbehalt bei der Wahrnehmung des Wunsch- und Wahlrechts komplett abgeschafft wird.

Beschränkung auf geriatrische Reha reicht nicht

Verordnet ein Vertragsarzt eine geriatrische Rehabilitation und berücksichtigt dabei geeignete Abschätzungsinstrumente, entfällt mit den neuen Regelungen die Prüfung durch die Krankenkasse. Bei allen anderen Indikationen kann die Krankenkasse die Verordnung nur ablehnen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenkassen eine Notwendigkeit verneint. Außerdem wird die Dauer der geriatrischen Reha verlängert: Sie soll stationär drei Wochen und ambulant 20 Behandlungstage betragen. Für die geriatrische Reha wird damit zum Regelfall, was für alle anderen Indikationen die Obergrenze darstellt. Diese Neure-

gelungen greifen aus Sicht der Rheuma-Liga zu kurz. Die Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ ist wichtig und richtig, die Beschränkung allein auf die geriatrische Reha jedoch nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus müssen die Abschätzungsinstrumente so gestaltet sein, dass auch die individuelle körperliche Mobilität und eventuelle Funktionseinschränkung als wichtige Parameter berücksichtigt werden.

Ältere Rheuma-Betroffene haben erhöhten Reha-Bedarf

Die Änderung hilft sicherlich vielen alten Menschen länger in der häuslichen Umgebung leben zu können. Allerdings besteht hier die Gefahr, dass sich ein vereinfachter Zugang zur geriatrischen Rehabilitation negativ auf die Situation älterer Menschen mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung auswirkt. Denn diese profitieren im Alter zum einen eher von einer indikationsspezifischen Reha, denn von einer ausschließlich geriatrischen Maßnahme. Zum anderen haben rheumakranke Menschen allein aufgrund ihrer Erkrankung einen erhöhten Rehabilitationsbedarf. „Es wäre daher mindestens erforderlich, den vereinfachten Zugang sowie die Dauer der Reha-Maßnahme auf andere Personengruppen auszudehnen. Im Idealfall wird eine einheitliche Regelung für Zugang und Dauer der medizinischen Rehabilitation geschaffen. Denn nicht selten werden Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbeson-

dere der ambulanten und mobilen Reha, für weniger als 20 Tage erbracht“, sagt Rotraut Schmale-Grede.

Die Regelungen betreffen die vertragsärztliche Versorgung. Im Rahmen der Anschlussheilbehandlung sind es Krankenhausärzte, die den Rehabilitationsbedarf feststellen. Die Neuregelung sollte daher auch auf den Personenkreis ausgedehnt werden, der direkt vom Krankenhaus in die Rehaklinik verlegt wird.

Jüngere Rheumatiker mit einem höheren Pflege- und Unterstützungsbedarfs dürfen nicht zur Zielgruppe geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen werden. Denn viele Rehabilitationskliniken weigern sich schwerstbetroffene Menschen aufzunehmen, da diese eine intensivere Betreuung und Pflege benötigen, die die Klinik oft nicht leisten kann oder will. Die Rehabilitationsmaßnahme muss altersgerecht, individuell und bedarfsgerecht erfolgen.

Kinder und Jugend-Reha einheitlich gestalten

Zwischen zwei Reha-Maßnahmen müssen derzeit in der Regel vier Jahre vergehen. Diese Regelung soll künftig für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfallen. Auch hier halten wir es für notwendig, dass die Regelungen des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) zur Leistungsdauer der Kinder- und Jugendreha einheitlich ausgestaltet werden.