

DGRh e. V. · Wilhelmine-Gemberg-Weg 6 · D-10179 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 223 – Leistungsrecht der GKV
Dr. Christian Abt
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf des „Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (RISG)“ Stellung zu nehmen.

Leider war dem Vorstand der DGRh eine Rückmeldung bis 6.9.2019 nicht möglich und ich wäre dankbar, wenn Sie die von unserer „Kommission Rehabilitation, Physikalische Therapie und Sozialmedizin“ (Sprecher Prof. Dirk Meyer-Olson) eigens dafür erarbeitete Stellungnahme zur Kenntnis nehmen und berücksichtigen würden.

Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt und kommen bei Bedarf mit Rückfragen auf mich zu.

Mit freundlichen Grüßen
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.



Anna Julia Voormann
(Generalsekretärin)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V.



PRÄSIDENT:
Prof. Dr. med. Hendrik Schulze-Koops

GENERALSEKRETÄRIN:
Anna Julia Voormann

GESCHÄFTSSTELLE:
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6

Aufgang C
10179 Berlin

T: 030-24 04 84 – 70

F: 030-24 04 84 – 79

M: info@dgrh.de

www.dgrh.de

09.09.2019 /av

SITZ DER GESELLSCHAFT:
Bad Bramstedt

Amtsgericht Kiel
VR 289 BB
Steuer-Nr.: 27/640/53526

Bankverbindung:
Berliner Volksbank
Konto:720 452 1012
BLZ: 100 900 00
IBAN: DE64100900007204521012
BIC: BEVODEBB

zum Referentenentwurf des Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG)

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie begrüßt grundsätzlich den vorliegenden ‚Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung‘. Es stellt insgesamt einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung von chronischen Erkrankungen unter denen die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen nicht nur bei der jungen Bevölkerung, sondern auch in der Geriatrie einen wichtigen Anteil stellen.

Insbesondere ist der Ansatz auf Bundesebene verbindliche Vorgaben zu generieren ein Schritt in die richtige Richtung. Auch wird mit der vorgesehenen Nichtanwendung des Grundsatzes der Beitragsstabilität auf Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen nicht nur der demographischen Entwicklung Rechnung getragen, sondern auch der Tatsache, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen dank des medizinischen Fortschritts eine deutlich verbesserte Lebenserwartung trotz ihres Leidens genießen können. Aus diesen beiden Tatsachen ergibt sich eine deutliche Zunahme von Patienten mit rehabilitativem Bedarf („Rehabilitation vor Pflege“) um eine adäquate Teilhabe in der Gesellschaft zu gewährleisten, welche bei Beibehaltung des Grundsatzes der Beitragsstabilität nicht mehr adäquat finanziert werden könnten.

Es wird allerdings als kritisch gesehen, dass diese Gesetzesinitiative primär für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen im engeren Sinne formuliert wurde und andere chronische Erkrankungen mit erhöhtem Rehabilitationsbedarf, wie die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, nicht in diesem Gesetzentwurf mit aufgenommen worden sind. Es besteht die Befürchtung, dass bei der im Alter ansteigenden Multimorbidität besonders vulnerable Patientengruppen, insbesondere geronto-rheumatologische Patienten, welche einer besonders intensiven fachärztlichen Betreuung sowohl geriatrisch als auch rheumatologisch bedürfen, in der vorliegenden Gesetzesvorlage nur unzureichend berücksichtigt werden könnten.

Ein positiver Punkt ist die Intention die vertragsärztliche Kompetenz bei Feststellung des Rehabilitationsbedarfs weiter zu stärken. Es wird begrüßt, dass von der medizinischen Notwendigkeit der Rehabilitationsleistung nur noch im Ausnahmefall abgewichen werden soll und dieses nur, wenn sich die Ablehnungsgründe aus einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der

Krankenkassen ergeben. Basierend auf den Erfahrungen aus der Vergangenheit mit ähnlichen Begutachtungen/Prüfungen in der akutstationären Medizin, besteht allerdings die Sorge, dass im Laufe der Zeit sich eine Begutachtung durch den MDK zum Regelfall entwickeln könnte und so als Barriere für den Zugang zur Rehabilitation instrumentalisiert werden könnte, um mit dem primären Ziel der Kostenreduktion die Ursprungsintention dieses Gesetzes zu unterlaufen.

Problematisch ist weiterhin, dass im Falle eines Gutachtens die Qualitätskriterien für ein solches nicht ausreichend formuliert sind. Hier wäre es sinnvoll, verpflichtend ein fachärztliches Gutachten mit indikationsspezifischer Expertise des klinisch führenden Bereichs, welches die aktuellen Diagnose- und Therapieleitlinien der Fachgesellschaften berücksichtigt, verbindlich einzufordern.

Weiterhin sollten gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen werden, welche die Implementierung einer regelhaften Begutachtung als Barriere für den Zugang zur Rehabilitation, verhindern. Die Festlegung auf eine Wiederholung einer Rehabilitationsmaßnahme grundsätzlich nur alle vier Jahre ist gerade bei den im Fokus des Gesetzes stehenden multimorbiden geriatrischen Patienten als sehr kritisch zu sehen. Sie wird insbesondere aus Sicht der Rheumatologie dem schubweisen Krankheitsverlauf von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen eindeutig nicht gerecht. Es besteht eine medizinische Notwendigkeit, gerade bei Vorhandensein von chronisch entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, dass die Festlegung der Rehabilitationsfrequenz nach dem tatsächlichen Rehabilitationsbedarf des individuellen Patienten erfolgt und ähnliches gilt aus internistischer Sicht auch für die geriatrischen Patienten.

Es wird die Stärkung des Wahlrechtes einer Rehabilitationsklinik für die Patienten durch die Reduktion der Zuzahlungen eindeutig begrüßt.

Allerdings bleibt festzustellen, dass auch die reduzierten Zuzahlungen weiterhin noch eine soziale Barriere und eine deutliche Einschränkung der individuellen Wahlfreiheit darstellen. Grundsätzlich ist eine Zuzahlung für eine Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung, welche über eine Zulassung und die erforderlichen qualitativen Voraussetzungen verfügt, nicht nachzuvollziehen.

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V., Berlin, 09.09.2019