

# Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

## Informationen und Empfehlungen der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Niedersachsen e.V.

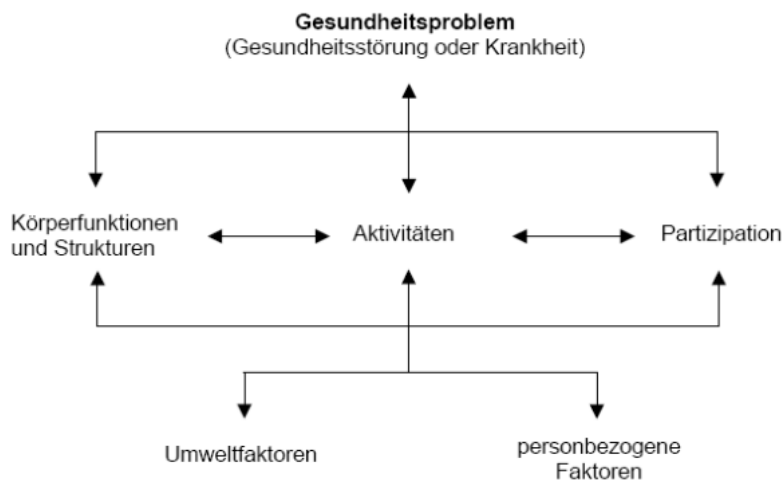
### Inhalt

1. Präambel .....	1
2. Rehabilitationsbedürftigkeit .....	3
3. Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen .....	3
3.1 Einleitung der medizinischen Rehabilitation .....	3
3.2 Einleitung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation .....	3
3.3 Einleitung der beruflichen Rehabilitation .....	4
4. Kriterien der Patientenauswahl zur ganztägig ambulanten und stationären Rehabilitation .....	4
5. Anforderungen an die Einrichtungen für die Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen .....	4
6. Überblick über rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung ....	6
Literaturverzeichnis .....	7

### 1. Präambel

Rehabilitation hat auch vor dem Hintergrund sich wandelnder gesetzlicher Grundlagen einen hohen Stellenwert bei der Versorgung chronisch Kranker. Unter Rehabilitation versteht man alle Vorgänge, Leistungen, Hilfen und die Gestaltung von Lebensumständen, die auf die Integration in die soziale Umgebung und insbesondere auch auf die Integration in das Arbeitsleben ausgerichtet sind. Dabei unterscheidet man zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation.

Im Unterschied zur *Rehabilitation* konzentriert sich die *Behandlung* besonders auf die Krankheit „in der Phase der akuten Behandlungsbedürftigkeit“ (§ 13 SGB VI). Darauf geht dieses Papier nicht ein, sondern auf die medizinische Rehabilitation im Sinne der Verhinderung oder Verringerung weiterreichender Dauerfolgen von Krankheiten. Damit zielt Rehabilitation nach der WHO-Definition vor allem auf die Erhaltung der (Alltags-)Aktivitäten und der Teilhabe (Partizipation) an verschiedenen Lebensbereichen, wobei auch Kontextfaktoren zu berücksichtigen sind (vgl. Abbildung 1 / Tabelle 1).



**Abbildung 1:** Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2005)

**Tabelle 1: Überblick über die ICF (WHO 2005)**

	<b>Teil 1 Funktionsfähigkeit und Behinderung</b>		<b>Teil 2 Kontextfaktoren</b>	
<b>Komponenten</b>	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Teilhabe	Umweltfaktoren	personbezogene Faktoren
<b>Domänen</b>	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
<b>Konstrukte</b>	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der üblichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
<b>Positiver Aspekt</b>	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten, Teilhabe	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
<b>Negativer Aspekt</b>	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Teilhabe	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

Für die medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation ist ein interdisziplinäres Team erforderlich, das in der stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung steht. Die von der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Niedersachsen e.V. erarbeiteten Hinweise und Empfehlungen beziehen sich auf stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitationsleistungen und die entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen. Am Beispiel der Rheumatoiden Arthritis (RA) und der Spondyloarthritis (SpA), wie Spondylitis ankylosans und Psoriasisarthritis, beschäftigen sich die Empfehlungen mit folgenden Aspekten der medizinischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Kriterien für stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation
- Anforderungen an die Ausstattung einer Rehabilitationseinrichtung
- Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen
- Hinweise auf Beratungsstellen

Früher wurden Rehabilitationsleistungen überwiegend stationär durchgeführt. Seit Jahren sind auch ganztägig ambulante Einrichtungen aufgebaut worden. Bei Zuweisung des Patienten zu einer der Rehabilitationsformen sind neben medizinischen, psychischen und sozialen Aspekten die regionalen Möglichkeiten und der Wunsch der/des Betroffenen zu berücksichtigen.

Die folgenden Empfehlungen und Hinweise wurden von der Projektgruppe Rehabilitation erstellt. In dieser Projektgruppe arbeiten Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe zusammen. Sie kommen aus dem Bereich der Vertragsärztinnen/ -ärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Hochschulabteilungen und Kostenträger. Beabsichtigt ist eine Orientierungshilfe. Diese kurze Darstellung muss unvollständig bleiben und kann rechtlich nicht verbindlich sein. Für den Einzelfall sind die Beratungsstellen und geschulten Fachkräfte der Kostenträger zu kontaktieren. Rehabilitationsleistungen unterliegen nicht der Budgetierung der Vertragsärzte. Sie sind vom Versicherten grundsätzlich beim zuständigen Kostenträger zu beantragen.

## 2. Rehabilitationsbedürftigkeit

(Akut-)Behandlung und medizinische Rehabilitation überlappen sich in Abhängigkeit von Krankheitsart und aktueller -ausprägung. Bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen findet eine medizinische *Behandlung* krankheitsbegleitend und -adaptiert statt. Trotz Ausschöpfung der verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten sind Remissionen bei einem bedeutenden Anteil Patienten nicht zu erzielen (Fiehn 2012, Smolen 2016). Bei sich abzeichnenden ungünstigen Verläufen mit drohenden und / oder bleibenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe am sozialen Leben sind über die kurative Versorgung hinausgehende medizinische Leistungen erforderlich.

Begründete Anhaltspunkte für die Rehabilitationsbedürftigkeit ergeben sich vor allem aus wissenschaftlichen Untersuchungen zur Häufigkeit und zu Risikoindikatoren von

- Beeinträchtigungen der (Alltags-)Aktivitäten und
- Beeinträchtigungen der Teilhabe, insbesondere Erwerbsfähigkeit.

### Beeinträchtigungen der (Alltags-)Aktivitäten

Bei langjähriger RA ist in 90% mit ausgeprägten Beeinträchtigungen der (Alltags-) Aktivitäten zu rechnen, die sich besonders rasch in den ersten drei Krankheitsjahren entwickeln. Im Langzeitverlauf der SpA treten bei ca. drei Viertel der Patienten Beeinträchtigungen der Aktivitäten auf, die aber häufig nur ein geringes Ausmaß erreichen.

### Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit

Aus Sozialversicherungs- und Kerndokumentationsdaten bis zum Jahr 2011 bzw. 2012 zur Arbeitsunfähigkeit und Erwerbstätigkeit vor allem bei RA und AS über einen mindestens zehnjährigen Zeitraum geht zwar hervor, dass sich von 2002 bis 2012 die Arbeitsunfähigkeitstage beider Erkrankungsgruppen deutlich verringert haben. Zusätzlich konnte eine stetige Abnahme der inzidenten Erwerbsminderungsrenten festgestellt werden. Dennoch bezogen bei RA nach mehr als 10 Jahren Krankheitsverlauf 2011 32,6% der Betroffenen eine EM-Rente, bei 2-5-jährigem Krankheitsverlauf sind es schon 10,4% und bei Krankheitsverläufen unter 2 Jahren 5.1%. Dennoch wird bei der Hälfte der Erwerbsminderungsverrentungen vorher keine Rehabilitationsleistung erbracht, dieser Anteil hat sich von 2001 bis 2012 noch um 10% erhöht (Mau 2014).

## 3. Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen

### 3.1 Einleitung der medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollten eingeleitet werden

- wenn sich innerhalb der ersten sechs Monate der Erkrankung keine wesentliche Besserung erzielen lässt
- wenn Risikoindikatoren für Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vorliegen:
  - **RA:** zahlreiche betroffene Gelenke, frühe funktionelle Einschränkungen, Begleiterkrankungen, persistierend (stark) erhöhte Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, (hoch) positiver Rheumafaktor, Früherosivität, Organbeteiligung, geringe berufliche Qualifikation, schwere körperliche Arbeit, hohe Anforderungen an die Handgeschicklichkeit
  - **SpA:** juveniler Beginn, persistierend starker Wirbelsäulenschmerz, rasch zunehmende Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule, Coxitis oder andere periphere Arthritis, ausgeprägte Entzündungen der Sehnenansätze (z.B. Fersenschwellung, Organbeteiligung), persistierend erhöhte Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, geringe berufliche Qualifikation, schwere körperliche Arbeit, stehende Tätigkeit, Kälte- und Nässeexposition

### 3.2 Einleitung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Leistungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation sollten eingeleitet werden

- wenn Arbeitsunfähigkeit länger dauert oder wiederholt besteht (Rehabilitationsantrag spätestens nach 6 Wochen AU-Dauer)
- wenn psychosoziale Faktoren vorliegen (z.B. ungünstige Krankheitsbewältigung oder vitale Erschöpfung, besondere berufliche Problemlage)

Darüber hinaus müssen die notwendige Compliance des Patienten vorhanden oder weckbar sein und realistische Rehabilitations-Ziele erreicht werden können. Rehabilitationsziele sollten gemeinsam mit den Patienten entsprechend dem individuellen Problem- und Risikoprofil im Sinne eines „Treat to participation“ festgesetzt werden (Mau 2015).

### 3.3 Einleitung der beruflichen Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation ist nicht Gegenstand dieser Empfehlungen.

## 4. Kriterien der Patientenauswahl zur ganztägig ambulanten und stationären Rehabilitation

Die angegebenen Kriterien können lediglich Anhaltspunkte für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationsform sein (vgl. Tabelle 2). Selbstverständlich ist die Entscheidung im Einzelfall individuell zu treffen. Wichtig ist in jedem Fall die Auswahl einer entsprechend qualifizierten rheumatologischen Einrichtung.

<b>Tabelle 2: Kriterien der Patientenauswahl zur ganztägig ambulanten und stationären Rehabilitation</b>		
	<b>Ganztägig ambulant</b>	<b>Stationär</b>
<b>Mobilität</b>	geringer eingeschränkt	stärker eingeschränkt
<b>Selbstständigkeit</b>	höher	geringer
<b>Körperliche Belastbarkeit</b>	gut	eingeschränkt
<b>Bedarf pflegerischer Betreuung</b>	geringer	höher
<b>Krankheitsschwere</b>	geringer	höher
<b>Begleiterkrankungen</b>	leichtere	schwere Multimorbidität
<b>Psychosomatische Störungen</b>	geringer ausgeprägt	stärker ausgeprägt
<b>Erforderliche Distanzierung vom häuslichen Umfeld</b>	nein	ja
<b>(pathologische) Bindung an Zuhause („Heimweh“)</b>	ja	nein
<b>Soziale Belastung</b>	geringer	höher
<b>Soziale Integration</b>	besser	schlechter
<b>Äußere Gründe für häusliche Anwesenheit</b>	ja	nein
<b>Indikation für ortsgebundene Heilmittel*</b>	nein	ja
<b>Fahrzeit</b>	unter 45 Minuten	über 45 Minuten
<b>Kooperation mit örtlichen Institutionen**</b>	relevant	weniger relevant

\* Die Evidenzlage ist in diesem Bereich begrenzt

\*\* z.B. Arbeitgeber oder spezialisierte medizinische Versorgung

## 5. Anforderungen an die Einrichtungen für die Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Die Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen erfordert ein fachärztlich geleitetes multiprofessionelles Rehabilitationsteam und besondere infrastrukturelle Voraussetzungen. Die Versorgung sollte in Kompetenzzentren für rheumatologische Rehabilitation mit ca. 100 Betten bzw. ambulanten Behandlungsplätzen erfolgen. Für 40 Betten bzw. ambulante Behandlungsplätze sind mindestens 1 Rheumatologe und 1 Arzt in Weiterbildung vorzusehen (Zink 2017).

Die wichtigsten Anforderungen an die Ausstattung von Einrichtungen für die Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

**Tabelle 3: Anforderungen an die Ausstattung von Einrichtungen für die medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation**

<b>Strukturqualität</b>	<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinär arbeitendes ärztliches Team: Innere Medizin/Rheumatologie, Orthopädie mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Physikalische Therapie sowie nach Möglichkeit Sozialmedizin und/oder Rehabilitationswesen</li> <li>• Physiotherapeuten/innen (oder Krankengymnasten/innen sowie Masseure/innen und Medizinische Bademeister/innen)</li> <li>• Ergotherapeuten/innen</li> <li>• Sporttherapeuten/innen</li> <li>• Diplom-Psychologen/innen</li> <li>• Diplom-Sozialarbeiter/innen</li> <li>• Diätassistenten/innen</li> <li>• Krankenschwestern/Krankenpfleger</li> </ul>
	<b>Räume, Therapieeinrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzeltherapieplätze</li> <li>• Gymnastikhalle</li> <li>• Bewegungsbad</li> <li>• Elektro-, Thermo-, Balneo- und Hydrotherapieeinrichtungen</li> <li>• Ergotherapie Räume mit Möglichkeit zur Schienenherstellung</li> <li>• Möglichkeiten zur Erprobung von Alltagstätigkeiten</li> <li>• Möglichkeiten zur Erprobung von beruflichen Tätigkeiten</li> <li>• Medizinische Trainingstherapie</li> <li>• Gruppenräume zur Patientenschulung und zur Entspannungstherapie</li> <li>• Behindertengerechte Raumausstattung</li> </ul>
<b>Prozessqualität</b>	<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachrheumatologische Diagnostik und Klassifikation</li> <li>• Klinisches Labor einschließlich rheumatologischer Spezialuntersuchungen</li> <li>• Internistische Basisdiagnostik einschließlich EKG, Lungenfunktionsprüfung und Ergometrie</li> <li>• Möglichkeiten zur bildgebenden Diagnostik (insbesondere Röntgen, Sonographie)</li> <li>• Möglichkeiten zu Konsiliaruntersuchungen aller Fachrichtungen</li> <li>• Erfassung psychosozialer Komorbidität</li> <li>• Erfassung von relevanten Kontextfaktoren</li> <li>• Erfassung sekundärer Schädigung (z.B. Sekundärarthrosen)</li> <li>• Arbeitsplatzbezogene Diagnostik</li> </ul>
	<b>Therapie/Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitliniengerechte medikamentöse Therapie (ggf. in Abstimmung mit ambulant behandelnden Ärzten)</li> <li>• Befund- und Funktionsabhängige Physiotherapie, Ergotherapie und andere physikalische Therapie (Lange, U. 2015)</li> <li>• Psychologische Interventionen (U.a. zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung)</li> <li>• Fachärztliche Betreuung (Mindestens eine Visite pro Woche, DRV 2006)</li> <li>• Sozialberatung</li> <li>• Patientenschulung</li> <li>• Arbeitsplatzbezogene Interventionen (entsprechend Anforderungsprofil MBOR der DRV)</li> <li>• Sozialmedizinische Beurteilung und Beratung</li> </ul>

## 6. Überblick über rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung

Die Gewährung von Leistungen zur medizinischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation durch die Kostenträger ist nicht nur an die medizinische Indikation (s.o.) gebunden, vielmehr müssen bestimmte rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen gegeben sein, die für die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung voneinander abweichen (vgl. Tabellen 4a und 4b). Da sich die gesetzlichen Regelungen jederzeit ändern können, sollten Sie sich im Einzelfall über die aktuelle Gesetzeslage informieren. Sie können sich dazu an den zuständigen Rentenversicherungsträger (Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See oder Regionalträger) sowie an die Beratungsstellen der Krankenkassen, der Sozialhilfeträger oder eine Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation wenden.

Tabelle 4a: Überblick über rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen für Leistungen zur medizinischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung.		
Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	und	Persönliche (sozialmedizinische) Voraussetzungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 Jahre Wartezeit (z.B. Pflichtbeiträge)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>oder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>oder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in den letzten zwei Jahren vor der Antrag-stellung wurden 6 Monate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gezahlt</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>oder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wurde eine versicherungs-pflichtige oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bestand bis zum Antrag Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>oder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Jahre Wartezeit</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>und</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bestehende oder in absehbarer Zeit zu erwartende Erwerbsminderung</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>und</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten ist</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>oder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regelabstand</b> zwischen Rehabilitationsleistungen: <b>4 Jahre</b> (<u>Ausnahme</u>: wenn aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regeldauer</b> einer Leistung: <b>3 Wochen</b> (bei medizinischer Notwendigkeit Verlängerung möglich)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zuzahlung</b> bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen <u>allgemeiner Erkrankungen</u>: in der Regel <b>10,00 € pro Kalendertag</b> für längstens 42 Tage unter Anrechnung der geleisteten Zuzahlungstage der Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Kalenderjahres</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zuzahlung</b> bei <u>Anschlussrehabilitationen (AHB)</u> nach Krankenhausbehandlung: in der Regel <b>10,00 € pro Kalendertag</b> für längstens 14 Tage unter Anrechnung der geleisteten Zuzahlungstage des Krankenhausaufenthaltes innerhalb eines Kalenderjahres</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Keine Zuzahlung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei ambulanter und ganztägig ambulanter Rehabilitation einschließlich ganztägig ambulanter Anschlussrehabilitation</li> <li>– bei Kinderheilbehandlungen</li> <li>– vor Vollendung des 18. Lebensjahres</li> <li>– wenn das monatliche Nettoeinkommen 1.163,00 € pro Monat nicht überschreitet (Stand: 2017) (DRV 2017)</li> <li>– bei Empfängern von Leistungen der Sozialhilfe oder von Arbeitslosengeld II</li> <li>– bei Empfängern von Übergangsgeld</li> </ul> </li> </ul>		

**Tabelle 4b: Überblick über rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation durch die gesetzliche Krankenversicherung.**

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	Sozialmedizinische Kriterien
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung</li> <li>• kein Vorrang eines anderen Sozialversicherungsträgers</li> <li>• ambulante Krankenbehandlung nicht ausreichend</li> </ul>	<p><b>und</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Heilung, Besserung und Verhütung der Verschlimmerung der Erkrankung</li> <li>• Rehabilitationsbedürftigkeit, Aussicht auf Erfolg und Rehabilitationsfähigkeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regelabstand</b> zwischen Rehabilitationsleistungen: <b>4 Jahre</b> (<u>Ausnahme</u>: wenn aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regeldauer</b> einer Maßnahme: <b>3 Wochen</b> (bei medizinischer Notwendigkeit Verlängerung möglich)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zuzahlung</b> bei allgemeinen <b>stationären</b> medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen: <b>10,00 € pro Kalendertag</b></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zuzahlung</b> bei <b>ganztägigen ambulanten</b> medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen: <b>10,00 € pro Therapietag</b></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zuzahlung</b> bei <b>Anschlussheilbehandlungen (AHB)</b> nach Krankenhausbehandlung: <b>10,00 € pro Kalendertag</b> für längstens 28 Tage unter Anrechnung der Dauer des Krankenhausaufenthaltes innerhalb eines Kalenderjahres</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Keine Zuzahlung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– vor Vollendung des 18. Lebensjahres</li> <li>– nach Überschreiten der Belastungsgrenze (Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten für <u>alle</u> Zuzahlungen darf 2% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nicht überschreiten. Für chronisch Kranke gilt unter bestimmten Voraussetzungen eine Belastungsgrenze von 1 %)</li> </ul> </li> </ul>	

## Literaturverzeichnis

DRV 2006. Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 22.08.2006. Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation mit 100 Rehabilitationsplätzen und Zulassung zum AHB-Verfahren

DRV 2017. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2\\_Rente\\_Reha/02\\_reha/02\\_leistungen/allgemeines/zuzahlung.html/](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/02_leistungen/allgemeines/zuzahlung.html/) (Zugriff 20.09.2017)

Fiehn, C. 2012. Rheumatoide Arthritis – Remission im Fokus einer zielorientierten Therapie. Dtsch Med Wochenschr 2012; 1370: 206–209

Lange, U. 2015. Physiotherapie in der Rheumatologie. Z Rheumatol. 2015; 74(8):701-8

Mau, W. et al. 2014. Trends in der Erwerbsfähigkeit von Rheumakranken, Z Rheumatol. 2014; 73:11–19

Mau, W. et al. 2015. Treat to participation: DGRh-Positionspapier zur nachhaltigen Verbesserung des funktionalen Gesundheitszustandes von Rheumakranken. Z Rheumatol. 2015; 74:553–557

Smolen, J.S. et al. 2016. Rheumatoid Arthritis. Lancet 2016; 388: 2023–38

WHO 2005. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO, Deutschsprachige Fassung Oktober 2005. Herausgeber: DIMDI

Zink, A. et al. 2017. Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. Z Rheumatol. 2017; 76: 195–207

### **Anschrift:**

Regionales Kooperatives Rheumazentrum Niedersachsen e.V.  
Geschäftsstelle  
Projektgruppe Rehabilitation  
Karl-Wiechert-Allee 3  
30625 Hannover