



Reha ist mehr Wert!

Die Umsetzung der Vereinbarungen im Koalitionsvertrag zur Rehabilitation

oder „Wie wir den Koalitionsvertrag deuten.“

Die Mitglieder des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (Fachgruppe Rehabilitation) begrüßen die Inhalte des Koalitionsvertrages zur Rehabilitation und der damit zusammenhängenden Bereiche. Mit diesem Positionspapier möchten wir die genannten Vorschläge aufgreifen und konkrete Hinweise für die Ausgestaltung gesetzlicher Regelungen geben.

Eine qualifizierte medizinische Rehabilitation ist wichtige Voraussetzung zur Integration von gesundheitlich gefährdeten oder (insbesondere chronisch) kranken Menschen in Beruf und Gesellschaft. Sie nimmt im Gesundheitswesen einen immer höheren Stellenwert ein (4119 – 4121¹). Rehabilitation und Pflege sind besser aufeinander abzustimmen. Dem bisher nicht ausreichend umgesetzten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege muss besser Rechnung getragen werden. Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern müssen behoben werden. (4123 – 4127).

Aus unserer Sicht ist es sinnvoll, die Ziele der Rehabilitation vollständig zu fassen sowie die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger nach dem klaren Grundsatz zu ordnen;

„Es soll derjenige Rehabilitationsträger zuständig sein, der das Risiko des Scheiterns trägt.“

Danach müssen wir drei große Rehabilitationsziele unterscheiden.

- Rehabilitation vor Rente
- Rehabilitation vor Pflege
- Rehabilitation in der Pflege und Rehabilitation der Pflegenden (Angehörigen).

¹ Alle Ziffern in Klammern: Vgl. Koalitionsvertrag der CDU/CSU und FDP; Zeile Nr.



Rehabilitation vor Rente

Auf der Basis dieses Auftrages ist die moderne medizinische Rehabilitation in Deutschland entstanden. Sie gilt heute als beispielgebend für viele Industrie- und Schwellenstaaten, die sich auf die demographischen Herausforderungen vorbereiten. Dies erkennen wir an der zunehmenden Anzahl internationaler Delegationen in den Rehabilitationskliniken und deren Interesse an der Ausgestaltung der Rehabilitation in Deutschland.

Die Zuständigkeitsregelungen zwischen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sind aus unserer Sicht sinnvoll organisiert und sollten unverändert fortgeführt werden. Dessen ungeachtet sehen auch wir einen Bedarf, die individuellen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Patientinnen und Patienten zu erweitern (4108 – 4109) und sie verbindlicher zu gestalten.

Unabhängig vom Koalitionsvertrag besteht jedoch der derzeit größte Handlungsbedarf bei den Regelungen zum Finanzbudget für Rehabilitationsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 220 Absatz 1 SGB VI), dies auch deshalb, weil das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 die Budgetierung von Rehabilitationsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen hat, um die Zielsetzungen der Rehabilitation zu befördern.

Es ist eine gemeinsame Aufgabe, das Gesundheitswesen leistungsgerecht und demographiefest zu gestalten. Hierzu benötigen wir eine zukunftsfeste Finanzierung, Planbarkeit und Verlässlichkeit sowie Solidarität (3823 – 3825) mit den älter werdenden Versicherten. Dabei müssen wir uns wieder daran erinnern, dass die gesetzlich zugelassenen Rehabilitationsausgaben mit der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) im Bereich der Rentenversicherung am 13. September 1996 auf das Ausgabenniveau des Jahres 1993 minus 300 Millionen Euro – also praktisch auf das Niveau des Jahres 1990 – zurückgeführt wurden. Seitdem dürfen die Ausgaben nur noch im Verhältnis der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolohn- und Gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigtem Arbeitnehmer steigen.

Bedenkt man, dass sich seit diesem Zeitraum die durchschnittliche Bruttolohn- und Gehaltssumme durch die Tendenz zu immer mehr Beschäftigten in Niedriglohngruppen und Teilzeit-



verhältnissen faktisch kaum verändert hat, wird die Brisanz dieser Regelung bewusst. Steuerungsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger haben diese Situation insofern verschärft, als die Budgets seitdem in allen Jahren „sicher“ eingehalten wurden. Das bedeutet, sie wurden um weitere 200 – 300 Mio Euro unterschritten. Mittlerweile zeichnet sich ab, dass die Rehabilitationsbudgets von den Rentenversicherungsträgern aktuell nicht mehr eingehalten werden können, da die Steuerungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Die Rehabilitation der Rentenversicherung befindet sich seit 20 Jahren in einer Phase stark gebremster Entwicklung. Gleiches gilt für die Vergütungssätze in unseren Kliniken, die unter den bestehenden Budgetrestriktionen seit 15 Jahren nicht mehr leistungsgerecht angepasst wurden.

Vor dem Hintergrund, dass in dieser Zeit der vollständige Aufbau der Rehabilitationsstrukturen in den neuen Bundesländern statt fand und die Einführung der DRGs in den Krankenhäusern durch die frühere und nahtlose Übernahme der Patienten in Rehabilitationskliniken erst ermöglicht wurde, besteht ein erheblicher Nachholbedarf, da notwendige Investitionen in die Strukturen der Kliniken von den Trägern der Einrichtungen nicht mehr durchgeführt werden können. Aus unserer Sicht droht deshalb der Verlust eines großen Teils der Rehabilitationsstrukturen just in dem Moment, in dem wir diese Strukturen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung am dringendsten benötigen.

Konkret schlagen wir vor, in § 220 Absatz 1 SGB VI wieder eine die strukturellen Veränderungen, z.B. die demographische Entwicklung, und die Versichertenzahl berücksichtigende Regelung einzuführen, wie sie bis zum Jahr 1996 bestanden hat.

Entsprechend sollte § 220 Absatz 1 SGB VI wie folgt gefasst werden:

„Die jährlichen Ausgaben im Bereich der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Versicherung für Leistungen zur Teilhabe werden entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1) festgesetzt. Veränderungen der Zahl der Versicherten und strukturelle Veränderungen sind zu berücksichtigen.“



Dabei steht nicht zu befürchten, dass die Wiedereinführung einer solchen Regelung mittelfristig zu einer Steigerung des Beitragssatzes führen könnte. Eine neueste Untersuchung der Prognos AG² hat gezeigt, dass eine Steigerung der Investitionen in die medizinische Rehabilitation volkswirtschaftliche Renditen in Millionenhöhe erbringt, die sich auch in den Beitragssätzen aller Sozialversicherungsträger, damit auch denen der Rentenversicherung, kostendämpfend niederschlagen.

Rehabilitation vor Pflege

Die großen Potentiale und Kompetenzen der älteren Menschen sind eine wertvolle Ressource im demographischen Wandel (3634 –3635). Diese Ressourcen gilt es so lange wie möglich zu erhalten und den Menschen ein aktives Alter zu sichern (3632). Durch eine rechtzeitige Rehabilitation kann der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verzögert oder gar verhindert werden. Darüber hinaus können teure „Drehtüteffekte“ durch wiederholte Einweisungen in Akut-Krankenhäuser vermieden werden. In diesem Bereich der Rehabilitation steht die Krankenversicherung in der Verantwortung.

Leider müssen die Mitglieder unseres Verbandes erleben, dass gerade in diesem Feld – als einem für die Krankenversicherung „steuerbaren“ Bereich – kaum noch Maßnahmen außerhalb der Anschlussrehabilitation durchgeführt werden. Durch die jahrelange restriktive Bewilligungspraxis vieler Krankenversicherungsträger hat sich stillschweigend eine Meinung in der Bevölkerung manifestiert, dass bei Rentnern kein Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen im Antragsverfahren mehr besteht.

Wir sehen es als eine gemeinsame Aufgabe an, den Zugang zur Rehabilitation insbesondere auch für die älteren Versicherten wieder transparent und ohne bürokratische Barrieren zu gestalten. Dabei stimmen wir mit der Bundesregierung überein, dass die Transparenz und Orientierung über das Leistungsangebot der verschiedenen Träger erhöht, die Beratung der Versicherten

² Prognos AG: Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum; Basel im August 2009



durch die Rehabilitationsträger verbessert und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten gestärkt werden müssen (4129 – 4131). Vor allem gilt es aber auch, gerade die älteren Versicherten in die Lage zu versetzen, ihre Rechte gegenüber Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. Dabei benötigen sie die Unterstützung durch eine unabhängige Beratung (4094 – 4096).

Konkret schlagen wir vor, die Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger³ dergestalt zu erweitern, dass sie auf der Basis eines einheitlichen (und unbürokratischen⁴) Befundberichtes Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung direkt über den Medizinischen Dienst einleiten können.

Hierzu sind die gelebten trägerindividuellen Regelungen durch verbindliche und auf Ebene des Spitzenverbandes der Krankenversicherungsträger veröffentlichte, einheitliche Indikationskataloge zu ersetzen. Insbesondere die älteren Menschen benötigen eine Kultur des Vertrauens anstelle überzogener bürokratischer Vorschriften (3826 – 3827). Vertrauen bedeutet für uns auch, dass bei vorliegender entsprechender Qualifikation der niedergelassenen Ärzte (z.B. Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin; Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und Sozialmedizin) die Berechtigung zur Direkteinweisung in eine Rehabilitationsklinik gegeben werden kann und am Vorrang der akutambulanten Behandlung vor Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V) nicht mehr festgehalten wird. Erste Lösungen hierzu im Rahmen der integrierten Versorgung verlaufen mit beeindruckenden Ergebnissen⁵.

§ 40 Absatz 1 Satz SGB V sollte deshalb wie folgt gefasst werden:

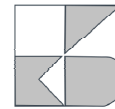
„Um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen,“

Als Folgeänderung sollte § 73 Absatz 2 Nr. 5 SGB V wie folgt gefasst werden:

³ §§ 22 und 23 SGB IX

⁴ Wie ihn z.B. die Rentenversicherung verwendet

⁵ Siehe z.B. BKK Hessen, DAK und TK mit www.medicalnetworks.de



„Verordnung und Zuweisung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41“.

Nachdem das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 das Rehabilitations- und Vorsorgebudget in der Krankenversicherung ersatzlos gestrichen hat, um die Erbringung von Rehabilitationsleistungen, insbesondere vor Leistungen der Pflege, zu intensivieren, ist es zusätzlich erforderlich, gesetzlich klar zu stellen, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Vergütungsanpassungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht gilt. Denn die Rehabilitation wirkt, wie die Untersuchung der Prognos AG gezeigt hat, per se beitragsstabilisierend. Die Ausgabensteuerung über die Anbindung von Vergütungserhöhungen an die Grundlohnsummenentwicklung hat sich deshalb gerade in diesem Bereich vollkommen überholt (4051 – 4052).

Wir teilen in diesem Zusammenhang die Auffassung, dass Mehrkostenregelungen sinnvoll sein und zum Tragen kommen können (4112 – 4115). Hierzu benötigen jedoch die Versicherten vor allem mehr Transparenz und Orientierung über Qualität, Leistung und Preis (4095 – 4098). Für uns bedeutet dies, dass zunächst einmal die Basispreise, die solchen Mehrkostenregelungen zu Grunde liegen müssen, und der dazugehörige Leistungsumfang bekannt sind. Nur so kann eine Differenzierung stattfinden und die erforderliche Transparenz über Qualität, Leistung und Preis für die Versicherten geschaffen werden (4096 – 4098).

Konkret schlagen wir vor, dass die Basispreise für Mehrkostenregelungen in Verhandlungen auf Landesebene zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Arbeitsgemeinschaften der Krankenversicherung gefunden und anschließend veröffentlicht werden. Kann keine Einigkeit erzielt werden, sind – noch einzurichtende – Schiedsstellen anzurufen (analog 4133 – 4134). Bundeseinheitliche Preise werden auch von uns abgelehnt (4080 - 4081).

Die generelle Einrichtung von Schiedsstellen für die medizinische Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (4133 – 4134) begrüßen wir sehr, da die Nachfragemacht der Krankenkassen keine anderen Möglichkeiten mehr zulässt. Es sollte deshalb in das SGB V die folgende Vorschrift eingefügt werden:



„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden zusammen mit den Verbänden der Rehabilitationseinrichtungen in jedem Land für die medizinische Rehabilitation eine Schiedsstelle. Die Schiedsstelle entscheidet in allen Streitigkeiten zwischen einer Krankenkasse und einer Rehabilitationseinrichtung einschließlich der Ausübung von Wunsch- und Wahlrechten nach § 9 SGB IX.

(2) Die Schiedsstellen bestehen aus Vertretern der Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtungen in gleicher Zahl, insgesamt höchstens 8, sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und 2 weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden gemeinsam bestellt; kommt eine Einigung nicht zustande, wird durch das Los entschieden.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.“

Rehabilitation in der Pflege und Rehabilitation der Pflegenden (Angehörigen)

In diesem für die Zukunft zentralen Feld der Rehabilitation stehen wir erst am Anfang der Entwicklung. Jeder Mensch hat das Recht, in Würde gepflegt zu werden (4214). Heute befindet sich ein pflegebedürftiger Mensch jedoch in einer Einbahnstraße auf dem Weg zur vollständigen Pflegebedürftigkeit. Für uns bedeutet Würde auch, dass jeder Mensch die Chance haben muss, durch eine qualifizierte Rehabilitation den Status der Pflegebedürftigkeit wieder zu verlassen oder zumindest die Pflegestufe zu reduzieren oder nicht weiter zu erhöhen.



Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde es leider unterlassen, den Trägern der Pflegeversicherung ein eigenständiges Recht zur Durchführung der Rehabilitation zu geben. Die Träger der Pflegeversicherung können heute nur bei den sonstigen Trägern der Rehabilitation darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§ 5 SGB XI). Geschieht dies nicht, tragen sie das Pflegerisiko alleine.

Konkret schlagen wir vor, dass die Träger der Pflegeversicherung Rehabilitationsträger werden und damit berechtigt sind, spätestens beim Vorliegen eines Antrages auf Leistungsbezug mit spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen dem Pflegerisiko entgegen zu wirken. Von den Trägern der Pflegeversicherung müssen umgehend auf die Situation von Pflegebedürftigen angepasste Rehabilitationsstrukturen entwickelt werden. Das Potential der Mitglieder unseres Verbandes steht zur Unterstützung dieser Aufgabe zur Verfügung.

§ 6 Absatz 1 SGB IX sollte deshalb wie folgt ergänzt werden:

„8. die Träger der sozialen Pflegeversicherung.“

§ 5 SGB XI sollte – mit Folgeänderungen in anderen Vorschriften des SGB XI – wie folgt gefasst werden:

„(1) Die Pflegekassen leiten frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation ein, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Die Pflegekassen setzen im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen in vollem Umfang ein, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“

Ähnlich notwendig wie die Entwicklung von Rehabilitationsstrukturen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit sind Angebote von Rehabilitationsleistungen für Pflegenden, auch pflegende An-



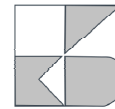
gehörige. Diese betreuen ihre Familienmitglieder oft über Jahre hinweg mit großem persönlichem Engagement (4216 – 4217). Pflegende (Angehörige) leisten damit einen hohen Beitrag zur Kostenreduktion für die Träger der Pflegeversicherung. Oft sind diese Menschen den Anforderungen der Pflege nicht gewachsen und werden selbst im Laufe der Zeit pflegebedürftig. Um dem entgegen zu wirken, benötigen die Träger der Pflegeversicherung einen erweiterten Auftrag, damit entsprechende zielgerichtete Rehabilitationsleistungen erbracht werden können.

§ 5 SGB XI in der von uns vorgeschlagenen Fassung sollte deshalb um einen Absatz 3 ergänzt werden:

„(3) Die Vorschrift gilt auch für die Fälle pflegender Angehöriger, Nachbarn oder Lebenspartner.“

Zusammenfassung

1. Die Mitglieder des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (Fachgruppe Rehabilitation) begrüßen grundsätzlich die Inhalte des Koalitionsvertrages zur Rehabilitation und der damit zusammenhängenden Bereiche. Sie schlagen vor, die Zuständigkeiten innerhalb der Rehabilitation nach den drei großen Rehabilitationszielen zu ordnen.
 - Rehabilitation vor Rente
 - Rehabilitation vor Pflege
 - Rehabilitation in der Pflege und Rehabilitation der Pflegenden (Angehörigen).
2. Den größten Handlungsbedarf sehen wir bei den Regelungen zum Finanzbudget für die Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung. Durch die de facto auf dem Niveau des Jahres 1991 eingefrorenen Rehabilitationsausgaben befindet sich das Budget seit 20 Jahren in einer Phase stark gebremster Entwicklung. Das muss beendet werden. Konkret schlagen wir vor, in § 220 Absatz 1 SGB VI wieder eine die strukturellen Veränderungen, z.B. die demographische Entwicklung, und die Versichertenzahl berücksichtigende Regelung einzuführen, wie sie bis zum Jahr 1996 bestanden hat.



3. Zur Schaffung eines transparenten und einheitlichen Zugangs zur Rehabilitation der Krankenversicherung schlagen wir vor, die Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger dergestalt zu erweitern, dass sie auf der Basis eines einheitlichen (und unbürokratischen) Befundberichtes Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung direkt über den Medizinischen Dienst einleiten können. Darüber hinaus sollte bei vorliegender entsprechender Qualifikation der niedergelassenen Ärzte (z.B. Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin; Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und Sozialmedizin) die Berechtigung zur Direkteinweisung in eine Rehabilitationsklinik gegeben und am Vorrang der akutambulanten Behandlung vor Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V) nicht mehr festgehalten werden.

4. Nachdem das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 das Rehabilitations- und Vorsorgebudget in der Krankenversicherung ersatzlos gestrichen hat, um die Erbringung von Rehabilitationsleistungen, insbesondere vor Leistungen der Pflege, zu intensivieren, ist es zusätzlich erforderlich, gesetzlich klar zu stellen, dass der Grundsatz der Beitragsatzstabilität für Vergütungsanpassungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht gilt. Denn die Rehabilitation wirkt per se beitragsatzstabilisierend. Die Basispreise für Mehrkostenregelungen müssen in Verhandlungen auf Landesebene zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Arbeitsgemeinschaften der Krankenversicherung gefunden und anschließend veröffentlicht werden. Kann keine Einigkeit erzielt werden, sind – noch einzurichtende – Schiedsstellen anzurufen. Bundesübergreifende Regelungen werden abgelehnt. Die Einführung von Schiedsstellen wird ausdrücklich begrüßt.

5. Der Auftrag der Pflegeversicherung sollte dahingehend erweitert werden, dass die Träger der Pflegeversicherung Rehabilitationsträger werden und damit berechtigt sind, spätestens beim Vorliegen eines Antrages auf Leistungsbezug mit spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen dem Pflegerisiko entgegen zu wirken. Die Maßnahmen müssen auch Pflegenden (Angehörigen) zugute kommen. Von den Trägern der Pflegeversicherung sind umgehend auf die Situation von Pflegebedürftigen angepasste Rehabilitationsstrukturen zu entwickeln.