

Positionen der BWKG – Faire Rahmenbedingungen für die medizinische Rehabilitation

Ganztägig ambulante und stationäre Reha-Kliniken übernehmen eine unverzichtbare Rolle in der Gesundheitsversorgung. In einer medizinischen Rehabilitation gewinnen Menschen Kraft, Lebensqualität und Zukunftsperspektiven zurück. Viele Berufstätige können dank Reha-Maßnahmen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Reha vermeidet oft die Frühverrentung, spart Arbeitgebern und Versicherten Kosten und wirkt dem Fachkräftemangel entgegen. Auch ältere Menschen können nach einem Sturz so von einer Reha profitieren, dass sie weiter zu Hause leben können.

Reha rechnet sich! Nicht nur für die Patienten bis ins hohe Alter, sondern auch für die Wirtschaft und unser Sozialsystem. Dennoch ist es nach wie vor nicht selbstverständlich, dass Reha-Kliniken und ihre Patienten die passenden Rahmenbedingungen auch tatsächlich vorfinden. Die BWKG und ihre Mitgliedseinrichtungen fordern sachgerechte Rahmenbedingungen insbesondere beim Zugang und bei der Finanzierung von Reha-Leistungen.

Umsonst ist keine Reha.

Unsere Forderungen

- Unbürokratischer und bedarfsgerechter Zugang zu Reha-Leistungen
- Keine finanzielle Belastung des Patienten bei Auswahl einer geeigneten Wunschklinik
- Reha-Maßnahmen auch vor Ablauf von 4 Jahren genehmigen
- Leistungsgerechte Vergütung auch zur Behandlung von Long-Covid-Fällen, Bezahlung regionaler Sach- und Personalkosten sowie Refinanzierung von Digitalisierungskosten
- Aufhebung der Budgetierung der Teilhabeausgaben in der Rentenversicherung
- Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten von Reha

1. Zugang zur Rehabilitation

Menschen, die eine Reha-Maßnahme beantragen, sind durch ihre Erkrankung belastet und geschwächt. In dieser Situation müssen sie sich jedoch mit einem komplizierten und bürokratischen Antrags- und Genehmigungsverfahren des jeweils zuständigen Kostenträgers auseinandersetzen. Das GKV-IPReG weist mit der Direktverordnungsmöglichkeit in die geriatrische Rehabilitation im vertragsärztlichen Bereich und im Bereich der Anschlussrehabilitation bei definierten Fällen in die richtige Richtung. Diese Regelungen müssen umgesetzt und auf weitere Indikationen ausgeweitet werden. Denn der behandelnde Arzt kann die medizinische Notwendigkeit beurteilen und kennt auch die persönlichen Verhältnisse und Wünsche des Patienten aufgrund der Betreuung genauer als der Kostenträger, welcher nach Aktenlage entscheiden muss.

Schwierigkeiten bereitet weiterhin die Regelung in § 40 Abs. 2 SGB V zum Wunsch- und Wahlrecht. Ohne erkennbare inhaltliche Auseinandersetzung mit dem formulierten Patientenwunsch werden den Patienten von einzelnen Krankenkassen Mehrkosten für eine gewählte Reha-Klinik mit Versorgungsvertrag auferlegt. Häufig wird als Begründung die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit genannt. Der Versicherte muss davor geschützt werden, dass ihm von der Krankenkasse theoretisch fast immer ein geringerer Pflegesatz entgegengehalten werden kann. Die souveräne Entscheidung eines Patienten für eine qualifizierte Reha-Klinik darf nicht dadurch unterlaufen werden, dass die Krankenkassen ihn ausschließlich zur Kosteneinsparung einer anderen Reha-Klinik zuweist.

Ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht nach dem Gesetz nur alle vier Jahre. Dieser gesetzlich festgelegte Abstand von vier Jahren verhindert immer wieder notwendige Reha-Maßnahmen. Entscheidend für den Zeitpunkt und die jeweilige Form der Rehabilitation müssen der ärztlich festgestellte medizinische Bedarf und die persönlichen Voraussetzungen des Patienten sein.

Forderungen der BWKG

- **Unbürokratischer und bedarfsgerechter Zugang zu Reha-Leistungen**
Im Regelfall muss die Rehabilitation durch die niedergelassenen Ärzte oder die Krankenhausärzte nach definierten medizinischen Kriterien kostenträgerübergreifend verordnet werden können.
- **Keine finanzielle Belastung des Patienten bei Auswahl einer geeigneten Wunschklinik**
Die Patienten müssen jede geeignete Reha-Klinik mit Versorgungsvertrag auswählen können, ohne sich finanziell an den Reha-Kosten zu beteiligen.
- **Aufhebung der 4-Jahresfrist**
Der Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation sollte sich ausschließlich an der medizinischen Notwendigkeit und nicht am Ablauf der gesetzlich festgelegten 4-Jahresfrist orientieren.

2. Auskömmliche Finanzierung

Der gesellschaftliche Nutzen der Rehabilitation wird noch nicht genügend beachtet. Rehabilitationsmaßnahmen müssen als lohnende Investition und nicht ausschließlich unter Kostengesichtspunkten und Budget-Begrenzungen betrachtet werden.

Viele Reha-Kliniken stehen vor wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Kostensteigerungen, Investitionskosten in die bauliche und digitale Infrastruktur, steigende Qualitätsanforderungen, höhere Versorgungsbedarfe der Patienten sind seit langem nicht mehr in den Vergütungssätzen eingepreist. Aufgrund der Steuerpolitik der Kostenträger müssen Reha-Kliniken nicht kostendeckende Vergütungssätze hinnehmen. Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass die Reha-Kliniken auch auf höchste Belastungen vorbereitet sein müssen. Dazu brauchen die Reha-Kliniken finanzielle Sicherheit und verlässliche Rahmenbedingungen.

Forderungen der BWKG

- **Leistungsgerechte Vergütung**

Eine verbindliche, transparente und leistungsorientierte Vergütung der Rehabilitation ist im Sinne des Gesamtsystems dringend sicherzustellen. Neben Digitalisierungskosten muss die Höhe der Vergütungssätze regionale Besonderheiten in Form höherer Personal- und Sachkosten berücksichtigen. Ebenso müssen auch erhöhte Versorgungsbedarfe, z. B. zur Behandlung von Long-COVID-Fällen, abgebildet werden.

Im Bereich der Rentenversicherung ist endlich die gesetzliche Möglichkeit zur Anrufung einer Schiedsstelle analog zum Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen.

- **Aufhebung der Budgetierung der Teilhabeausgaben in der Rentenversicherung**

Die im SGB VI geregelte Begrenzung des Teilhabebudgets ist aufzuheben. Über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss ausschließlich nach medizinischer Notwendigkeit und nicht danach entschieden werden, ob das sogenannte Reha-Budget der Rentenversicherung bereits ausgeschöpft ist. Hilfsweise ist zumindest sicherzustellen, dass die Zuteilung der Budgetanteile an die einzelnen Rentenversicherungsträger dem tatsächlichen Bedarf entspricht.

- **Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten von Reha-Maßnahmen**

Gerade an qualifizierten Reha-Maßnahmen für ältere Versicherte dürfen die Krankenkassen nicht sparen. Der noch im Arbeitsentwurf zur Reform der sozialen Pflegeversicherung enthaltene Vorschlag, die Pflegeversicherung an den Kosten von Reha-Maßnahmen für ältere Versicherte zu beteiligen, muss dringend in der neuen Legislaturperiode wieder aufgegriffen und gesetzlich geregelt werden.

Je reha desto besser.

www.umsonst-ist-keine-reha.de 

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) ist ein Zusammenschluss von 466 Trägern mit 204 Krankenhäusern, 133 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie 669 Pflegeeinrichtungen (davon 103 ambulante Pflegedienste und 49 Einrichtungen der Behindertenhilfe), die über insgesamt 120.417 Betten/Plätze sowie ambulante Behandlungskapazitäten verfügen. Die Einrichtungen beschäftigen rund 190.000 Mitarbeiter. Die BWKG wurde 1953 von den vier regionalen Krankenhausverbänden und -arbeitsgemeinschaften gegründet, die es damals auf dem Gebiet des heutigen Landes Baden-Württemberg gab. Sie steht Einrichtungen unabhängig von deren Rechtsform und Trägerstruktur offen. Die Mitgliedschaft ist freiwillig.

Stuttgart, Juli 2021