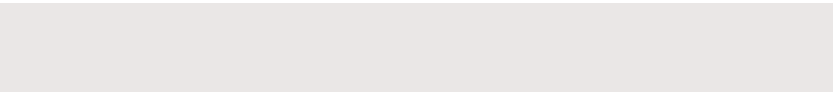


## Für faire Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation

Positionen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG)  
für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages





# Inhalt

Vorwort	4
Die Positionen der BWKG für den schnellen Blick	4
Die Positionen der BWKG für den vertiefenden Blick	5
1_ Eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen	7
2_ Das Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vereinfachen	7
3_ Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten stärken	8
4_ Eine leistungsorientierte Vergütung garantieren	9
5_ Zu einer zielgerichteten Überprüfung der Qualität übergehen	10
6_ Rahmenempfehlungen für die ambulante und stationäre Rehabilitation gemeinsam vereinbaren	11
7_ Die ambulante Vorsorge und Rehabilitation gleichstellen	11
8_ Die GKV-Statistik in Bund und Bundesländern vereinheitlichen	12
9_ Das Antrags- und Genehmigungsverhalten der Krankenkassen transparent gestalten	13
10_ Die Geriatrische Institutsambulanz (GIA) an geriatrische Reha-Kliniken anbinden	14

## Vorwort

Die medizinische Vorsorge und Rehabilitation ist neben Prävention, Akutversorgung und Pflege eine der vier Säulen des Gesundheitswesens. Vorsorge und Rehabilitation hilft nicht nur die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen und ihre Teilhabechancen zu verbessern, sondern rechnet sich auch für die Solidargemeinschaft: Arbeitsausfallzeiten werden minimiert, vorzeitige Erwerbsunfähigkeit vermieden und Pflegebedürftigkeit verringert oder hinausgeschoben. Vorsorge und Rehabilitation entlastet somit die Sozialversicherungssysteme durch längere Beitragszeiten und spätere Inanspruchnahme von Renten oder Leistungen der Pflegeversicherung. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung nimmt die Bedeutung von Rehabilitationsleistungen zu. Durch gezielte Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen können zum einen die zunehmend älteren Arbeitnehmer lange gesund im Arbeitsleben gehalten werden. Zum anderen gelingt es, den chronischen Verlauf von Krankheiten zu vermeiden oder abzumildern.

Der Bedarf an Vorsorge und Rehabilitation ist vor diesem Hintergrund vorhanden und wird weiter ansteigen. Im Widerspruch dazu zeigt sich der Alltag in der Rehabilitationsbranche. Statt demografiegerechter Finanzierung hat die Rehabilitation mit gedeckelten Budgets und Sparanstrengungen der Kostenträger zu kämpfen. So stagnieren seit 1995 die Ausgaben für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Unterschied zu anderen Bereichen, wie z. B. dem Pharmabereich. Auch die Deutsche Rentenversicherung hat vor dem Hintergrund der Budgetierung bereits auf Leistungskürzungen, u.a. in Form einer Reduzierung der Verweildauer, zurückgegriffen.

Um der Bedeutung der Rehabilitation gerecht zu werden und für die Bürgerinnen und Bürger den Zugang zu qualitativ hochwertigen Rehabilitationsleistungen auch in der Zukunft zu garantieren, werden faire Rahmenbedingungen für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation benötigt. Hierfür stellt die BWKG im Vorfeld der Bundestagswahl 2013 zielgerichtete Lösungsansätze bereit. Formulierungshilfen für die vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen stellt die BWKG gerne zur Verfügung.

Die Rehabilitationskliniken werden sich auch in der 18. Legislaturperiode konstruktiv in das politische Wirken einbringen, um die anstehenden Herausforderungen gemeinsam zu bewältigen.



Thomas Reumann  
Vorstandsvorsitzender  
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.

## Für den schnellen Blick

### **1\_ Eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen**

Die Bedeutung der Vorsorge und Rehabilitation ist anzuerkennen; sie wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des Anstiegs an chronischen Krankheiten zunehmen. Um eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten langfristig sicherzustellen, muss die Budgetierung der Deutschen Rentenversicherung aufgehoben werden. Zur Umsetzung des Prinzips ‚Reha vor Pflege‘ ist die Gesetzliche Pflegeversicherung zu einem finanziellen Ausgleich an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu verpflichten.

### **2\_ Das Antrags- und Genehmigungsverfahren in der GKV vereinfachen**

Insbesondere die von den Vertragsärzten verordneten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sind seit Jahren rückläufig. Das komplizierte Antrags- und Genehmigungsverfahren in der GKV ist nach dem Vorbild der Rentenversicherung zu vereinfachen. Alle Ärzte sind grundsätzlich qualifiziert, Anträge zu stellen und kennen ihre Patienten. Die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) ist entsprechend anzupassen.

### **3\_ Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten stärken**

Das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten wird im Rahmen der Beantragung von Rehabilitationsleistungen unzureichend berücksichtigt. Bei berechtigtem Wunsch des Versicherten nach Behandlung in seiner Wunsch-Klinik hat der Kostenträger diesem Wunsch zu entsprechen und die vollen Kosten der Behandlung zu tragen.

### **4\_ Eine leistungsorientierte Vergütung garantieren**

Viele medizinische Vorsorge- und Rehabilitationskliniken stehen vor wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Kostensteigerungen, Investitionskosten, steigende Qualitätsanforderungen und höherer Versorgungsbedarf der Patienten sind seit langem nicht mehr in den Vergütungssätzen eingepreist. Flankierend zu der neuen GKV-Schiedsstellenregelung ist ein Rechtsanspruch auf leistungsgerechte Vergütung in SGB V und SGB IX zu verankern. Zudem ist die Vergütung jährlich zu überprüfen und anzupassen. Dabei ist die jeweilige Leistung zu berücksichtigen.

### **5\_ Zu einer zielgerichteten Überprüfung der Qualität übergehen**

Die Rehabilitationskliniken werden einer mehrfachen Überprüfung ihrer Qualität durch unterschiedliche Verfahren unterzogen. Die routinemäßige Bewertung der Strukturqualität sollte ausschließlich im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137d SGB V erfolgen. Die routinemäßige Überprüfung durch die Kostenträger und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) entfällt und wird durch anlassbezogene Prüfungen ersetzt. Die Rehabilitationskliniken erhalten grundsätzlich den Prüfbericht. Die Prozessqualität ist durch Zertifizierung (stationäre Rehabilitation) oder Selbstbewertung (Wahlmöglichkeit für stationäre Vorsorge und ambulante Rehabilitation) nachgewiesen. Die Messung der Ergebnisqualität soll über gemeinsam entwickelte medizinisch valide Verfahren erfolgen.

## **6\_ Rahmenempfehlungen für die ambulante und stationäre Rehabilitation gemeinsam vereinbaren**

Den Rehabilitationskliniken wird die Einhaltung von Anforderungen diktiert, die meist einseitig durch die Reha-Träger festgelegt wurden und die rechtlich nicht verbindlich sind. Erforderlich ist jedoch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für die ambulante und stationäre Rehabilitation von den Reha-Trägern gemeinsam mit den Leistungserbringern. Hierfür ist eine gesetzliche Grundlage im SGB IX zu schaffen.

## **7\_ Die ambulante Vorsorge und Rehabilitation gleichstellen**

Im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes sollte mit der Einführung eines einheitlichen Versorgungsvertrags in § 111c SGB V die Gleichstellung der ambulanten mit der stationären Rehabilitation erreicht werden. Die Gleichstellung muss konsequent weitergeführt werden, indem auch ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskliniken regelhaft von der Gewerbesteuer befreit werden und Apothekenversorgungsverträge abschließen können.

## **8\_ Die GKV-Statistik in Bund und Bundesländern vereinheitlichen**

Die amtliche Statistik trennt zwischen landesunmittelbaren Krankenkassen (Mitglieder in bis zu drei Bundesländern wie AOK, LKK, BKK) und bundesunmittelbaren Krankenkassen (Mitglieder in mehr als drei Bundesländern, z. B. Ersatzkrankenkassen). Dies bedeutet, dass weder die Landes- noch die Bundesstatistik vollständig und aussagefähig sind sowie kein Vergleich zwischen den Statistiken möglich ist. Um die Vergleichbarkeit der Daten (Ausgaben der GKV, Antrags- und Genehmigungsstatistik) zwischen den Bundesländern und zum Bund zu ermöglichen, müssen die Statistiken vereinheitlicht werden und als Bezugsgröße den Wohnort der Versicherten (Bundesland) heranziehen. Dies erfordert einen Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit.

## **9\_ Das Antrags- und Genehmigungsverhalten der Krankenkassen transparent gestalten**

Die Verpflichtung von Krankenkassen zur Führung von Statistiken über das Antrags- und Genehmigungsverhalten wird von zahlreichen Krankenkassen offenbar gezielt unterlaufen (z. B. verspätete Abgabe, unvollständige Statistiken). Es müssen in jedem Fall verlässliche Daten über die Anzahl der an die Krankenkassen gestellten Reha-Anträge sowie deren Ablehnungen, eingelegte Widersprüche und Widerspruchserfolgsquoten zur Verfügung stehen. Die Krankenkassen sollten daher dazu verpflichtet werden, diese Angaben analog zur Deutschen Rentenversicherung in laienverständlicher Form auf ihren Internetseiten zu veröffentlichen.

## **10\_ Die Geriatrische Institutsambulanz (GIA) an geriatrische Reha-Kliniken anbinden**

Damit die GIA in Baden-Württemberg realisiert werden kann, muss sie auch an geriatrischen Rehabilitationskliniken sowie auch an Geriatrischen Schwerpunkten und Zentren angegliedert werden können. Zudem ist die ‚Kann‘-Ermächtigung in eine ‚Muss‘-Ermächtigung zu überführen. Die Finanzierung soll nicht über die vertragsärztliche Gesamtvergütung erfolgen, sondern die Leistungen müssen direkt mit den Krankenkassen in Form einer Pauschalierung abgerechnet werden können.

# Für den vertiefenden Blick

## 1\_ Eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen

Die bedarfsgerechte Versorgung ist derzeit nicht gewährleistet. In der Deutschen Rentenversicherung fehlt das erforderliche Budget; in der Gesetzlichen Krankenversicherung fehlen die Anreize zur bedarfsgerechten Leistungsgewährung für ältere Versicherte.

Um eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sicherzustellen ist u. a. erforderlich:

### – Das Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung aufheben

Im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung ist die bestehende Budgetregelung für Rehabilitationsausgaben (§ 220 SGB VI) nicht mehr mit dem vorhandenen und demografiebedingt zunehmenden Bedarf vereinbar. Die Budgetierung ist aufzuheben. Zumindest jedoch ist die von der Bundesregierung im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Rentenreform in Aussicht gestellte Anhebung des ‚Reha-Deckels‘ um eine so genannte Demografie-Komponente umgehend umzusetzen.

### – Reha vor Pflege: Schaffung einer Kostenerstattungsregelung von der Pflege- an die Krankenversicherung

Für die Krankenversicherung fehlen bei älteren Versicherten Anreize für die Erbringung von erforderlichen und erfolgversprechenden Rehabilitationsleistungen. Denn der Nutzen einer Rehabilitation von älteren oder bereits pflegebedürftigen Versicherten kommt zu einem großen Anteil nicht der Krankenkasse, sondern der Pflegekasse zugute, während die Ausgaben für die Rehabilitationsmaßnahme voll zu Lasten der Krankenkasse gehen. Um den Krankenkassen echte Anreize für die Durchführung von Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung oder Verringerung der Pflegebedürftigkeit zu setzen, ist die Pflegeversicherung zu einem finanziellen Ausgleich an die Krankenkasse zu verpflichten. Bezüglich der Umsetzung wird auf die Vorschläge des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) verwiesen.

## 2\_ Das Antrags- und Genehmigungsverfahren in der GKV vereinfachen

Seit Jahren werden immer weniger Reha-Leistungen erbracht. Insbesondere die von den Vertrags- oder Betriebsärzten verordneten Rehabilitationsmaßnahmen sind rückläufig. Dies zeigt, dass das Antrags- und Genehmigungsverfahren in der GKV zu kompliziert ist. Es richtet sich nach der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Problematisch ist, dass nur ein eingeschränkter Kreis von Ärzten mit Sonderqualifikationen Reha-Leistungen verordnen darf. Zudem muss der Haus- oder Facharzt vor der eigentlichen Verordnung von Reha-Leistungen (Muster 61) ein Vorverfahren durchführen (Muster 60). Erst wenn die Krankenkasse keine der Rehabilitation entgegenstehenden Gründe ermittelt hat, darf der Arzt die Leistung verordnen. Ist diese Hürde überwunden, prüft die Krankenkasse im Detail ggf. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), ob die Leistung erforderlich ist.

**Zur Stärkung des Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsleistungen sind folgende Maßnahmen nötig:**

- Die Haus- und Fachärzte sind grundsätzlich qualifiziert, Anträge zu stellen: Sie kennen ihre Patienten. Die Antrags- und Genehmigungsverfahren von Kranken- und Rentenversicherung sind daher nach dem Vorbild des vereinfachten Verfahrens der Rentenversicherung zu vereinheitlichen. Danach kann von jedem behandelnden Arzt unmittelbar mit dem Antrag des Versicherten ein Befundbericht eingereicht werden.
- Die in der Rehabilitations-Richtlinie des GBA im GKV-Bereich geforderten Sonderqualifikationen für den verordnenden Vertragsarzt sowie die doppelte Beantragung sind zu streichen (Entfall Muster 60).
- Die vom Unterausschuss Veranlasste Leistungen des GBA sich in Prüfung befindende Vereinheitlichung der Antragsverfahren der Kranken- und Rentenversicherung ist voranzutreiben.

### **3\_ Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten stärken**

Gemäß den §§ 9 SGB IX und 33 SGB I müssen die Kostenträger bei Entscheidungen über Teilhabeleistungen und deren Ausführungen den berechtigten Wünschen der Versicherten entsprechen. In der Praxis wird das Wunsch- und Wahlrecht jedoch noch nicht ausreichend berücksichtigt. Zudem sind die im Sozialgesetzbuch hinterlegten Regelungen zur Mehrkostenübernahme bei Wahl einer anderen als der von der Krankenkasse zugewiesenen Einrichtung nicht konsistent: Entgegen der Intention des Gesetzgebers führen diese – forciert durch eine am Wortlaut des Gesetzes orientierte Rechtsprechung – zu einer Schwächung des Wunsch- und Wahlrechts. Sie sind daher dringend anzupassen.

**Zur Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts sind folgende Regelungen erforderlich, wobei die Kriterien für Ermessensentscheidungen fixiert und von den Kostenträgern angewandt werden müssen:**

- In den Antragsformularen auf medizinische Rehabilitation der Kostenträger ist ein expliziter Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten aufzunehmen.
- Bei einer beabsichtigten Abweichung von der Empfehlung des behandelnden Arztes und des Patientenwunsches hinsichtlich des Indikationsbereichs oder der Reha-Klinik ist der Versicherte anzuhören; die abweichende Entscheidung ist von den Kostenträgern im Genehmigungsbescheid zu begründen und die Ablehnungsgründe sind klar darzustellen.
- Bei berechtigtem Wunsch des Versicherten nach Behandlung in seiner Wunsch-Klinik hat der Kostenträger diesem Wunsch zu entsprechen, sofern die Einrichtung zertifiziert ist oder über einen Vertrag nach den §§ 111, 111c SGBV, § 21 SGB IX verfügt, und die vollen Kosten der Behandlung zu tragen.



Wählt der Versicherte ohne zwingenden Grund eine andere Einrichtung, so können ihm die dadurch entstehenden Mehrkosten teilweise auferlegt werden. Dies muss unabhängig davon gelten, ob die Einrichtung zertifiziert ist und/oder über einen Vertrag nach den §§ 111, 111c SGBV, 21 SGB IX verfügt.

- Gemäß dem im Rahmen des Patientenrechtegesetzes neu geregelten § 13 Abs. 3a SGB V gelten übrige Leistungsanträge als genehmigt, wenn die Krankenkasse die Rückmeldefrist von drei bzw. fünf Wochen überschreitet; in diesem Fall bekommt der Versicherte die tatsächlichen Kosten der sich selbst beschafften Leistung erstattet. Diese Neuregelung ist auf medizinische Rehabilitationsleistungen auszuweiten.

#### **4. Eine leistungsorientierte Vergütung garantieren**

Viele medizinische Rehabilitationskliniken stehen vor großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten: Steigender pflegerisch-versorgerischer Aufwand, wachsende Anforderungen an Qualität und personelle und technische Ausstattung, über Jahre hinweg steigende Energie- und Personalkosten sowie die Investitionskosten werden schon lange nicht mehr in die Vergütungssätze der Rehabilitationskliniken eingepreist. Oft erhalten die Rehabilitationskliniken nur Pflegesätze, die unter den üblichen Preisen für eine durchschnittliche Hotelübernachtung inklusive Vollpension liegen. In Reaktion hierauf hat der Gesetzgeber in einem ersten Schritt landesweite Reha-Schiedsstellen im SGB V und damit im Geltungsbereich der GKV gesetzlich verankert.

Neben der neuen Schiedsstellenregelung für den Geltungsbereich der GKV sind weitere Regelungen erforderlich, um die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Rehabilitationseinrichtungen aufrecht zu erhalten:

##### **Rechtsanspruch auf leistungsgerechte Vergütung im SGB V und SGB IX verankern**

Bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Reha-Schiedsstelle hat der Bundesrat die Verankerung eines Rechtsanspruchs auf leistungsgerechte Vergütung angemahnt und gefordert (BR-Drs. 150/11(B)). Dieser sollte im SGB V und SGB IX verankert werden und umfassen:

- Die Vergütung für ambulante und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen muss medizinisch leistungsgerecht sein und es der Vorsorge- und Reha-Klinik bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Leistungen dauerhaft entsprechend dem Stand des medizinischen Fortschritts zu erbringen.
- Bei der Bemessung der Vergütung sind die notwendigen Investitionskosten zu berücksichtigen.
- Die durch Qualitätsvorgaben verursachten Kosten sowie Fahrkosten und Medikamente, die nicht im tagesgleichen Pflegesatz bzw. der Fallpauschale abgebildet sind, sind zusätzlich zu vergüten. Dasselbe gilt für die durch die Erbringung von Leistungen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) entstehenden Zusatzkosten.

– **Die Vergütung ist jährlich zu überprüfen und anzupassen**

Die leistungsgerechte Vergütung sollte grundsätzlich jährlich von den Vertragsparteien überprüft und angepasst werden. Bei den Verhandlungen über Kostensteigerungen ist zumindest der vom Bundesministerium für Gesundheit jährlich ermittelte volle Orientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG zugrunde zu legen. Strukturelle Veränderungen sind zusätzlich zu vergüten. In jedem Fall ist bei der Vergütungsanpassung die jeweils erbrachte bzw. zu erbringende Leistung zu berücksichtigen. Dies kann z. B. bedeuten, dass Orientierungswerte bzw. gesetzliche Veränderungsdaten der Vergangenheit kumulativ berücksichtigt und vorzuhaltende Strukturen zusätzlich vergütet werden.

– **Vergütungsvereinbarungen sind gemeinsam von den Landesverbänden der Krankenkassen zu schließen**

Anders als bisher (§§ 111 Abs. 5, § 111c Abs. 3 SGB V) sollte der Abschluss der Vergütungsvereinbarung, wie auch der Versorgungsvertrag, einheitlich und gemeinsam von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit dem Träger der jeweiligen Vorsorge- und Rehabilitationsklinik geschlossen werden. Ergänzende Individualvereinbarungen sind weiterhin möglich. Meistbegünstigungsklauseln der Kostenträger in Vergütungsvereinbarungen, die auf eine Absenkung der Vergütung auf ein ggf. niedrigeres Niveau konkurrierender Kostenträger hinwirken, ohne die Leistungen zu berücksichtigen, werden damit hinfällig. Sie sind generell zu unterlassen

## **5\_ Zu einer zielgerichteten Überprüfung der Qualität übergehen**

Die Kliniken der medizinischen Rehabilitation werden einer mehrfachen Überprüfung ihrer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch unterschiedliche Verfahren unterzogen, was einen enormen Mehraufwand, jedoch keinen Mehrgewinn generiert. Die Qualitätsüberprüfungen sollten zielgerichtet neustrukturiert werden:

- Die routinemäßige Bewertung der Strukturqualität sollte ausschließlich im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137d SGB V über einen reduzierten, gemeinsamen Kriterienkatalog der Kostenträger erfolgen. Die routinemäßige Überprüfung durch Kostenträger und den MDK ist nicht notwendig und entfällt; sie wird durch anlassbezogene Prüfungen ersetzt. Die Rehabilitationskliniken erhalten grundsätzlich den Prüfbericht; § 277 Abs. 1 SGB V ist entsprechend anzupassen.
- Die Prozessqualität ist durch die Zertifizierung (stationäre Rehabilitation) oder Selbstbewertung (Wahlmöglichkeit für stationäre Vorsorge und ambulante Rehabilitation) als erfüllt anzuerkennen. Eine doppelte Überprüfung im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137d SGB V ist nicht notwendig und soll entfallen.
- Die Messung der Ergebnisqualität über medizinisch valide Verfahren soll als primäres Instrument der externen Qualitätssicherung verankert werden. Die Messinstrumente sollten gemeinsam von Leistungserbringern und Kostenträgern entwickelt werden.

## 6\_ Rahmenempfehlungen für die ambulante und stationäre Rehabilitation gemeinsam vereinbaren

Bisher sind die von den Reha-Trägern im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) geschlossenen Rahmenempfehlungen für die ambulante Rehabilitation weder kraft Gesetz noch kraft Vereinbarung verbindlich. Dennoch fordern die Kostenträger oftmals die strikte Erfüllung der in den BAR-Rahmenempfehlungen genannten Anforderungen, unabhängig von den individuellen Gegebenheiten und ohne entsprechende Finanzierung. Insbesondere die Personalanforderungen sind sehr hoch und starr angesetzt und berücksichtigen zudem nicht die aktuelle Arbeitsmarktsituation und Entwicklung der Berufsbilder. Somit ist eine wirtschaftliche Betriebsführung kaum möglich, was die Entwicklung des ambulanten Rehabilitationsangebots hemmt. Darüber hinaus werden die BAR-Rahmenempfehlungen für die ambulante Rehabilitation von den Krankenkassen, teilweise undifferenziert, auch für die Bewertung der stationären Rehabilitation herangezogen. Grundsätzlich kritisch ist, dass die BAR-Rahmenempfehlungen einseitig von den Reha-Trägern formuliert werden.

Vor dem aufgezeigten Hintergrund ist folgende gesetzliche Anpassung erforderlich:

Es sind **Rahmenempfehlungen für die ambulante und stationäre Rehabilitation** von den Reha-Trägern gemeinsam mit den Leistungserbringern zu vereinbaren. Hierfür ist eine gesetzliche Grundlage im SGB IX zu schaffen. Die Rahmenempfehlungen zeigen die gemeinsamen, aber auch die teilweise spezifischen Anforderungen an die jeweilige Versorgungsform (ambulant oder stationär) auf.

## 7\_ Die ambulante Vorsorge und Rehabilitation gleichstellen

Mit der Einführung eines einheitlichen Versorgungsvertrags in § 111c SGB V wurde die Gleichstellung der ambulanten mit der stationären Rehabilitation im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes vollzogen. Folgende zwei Gleichstellungen sind zudem erforderlich:

### – Befreiung von der Gewerbesteuer auch für „rein“ ambulante Reha-Kliniken

Stationäre und teilstationäre Vorsorge- und Rehabilitationskliniken werden gegenwärtig von der Gewerbesteuer befreit, nicht jedoch ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskliniken. Die Gewerbesteuerfreiheit gilt auch für ambulante Pflegeeinrichtungen (sofern mindestens 40 % GKV-Belegung) und ambulante Rehabilitationseinrichtungen, welche im Verbund mit Krankenhäusern oder stationären Rehabilitationskliniken erbracht werden. Der Bundesrat hat sich im Gesetzgebungsverfahren zum Jahressteuergesetz 2013 für eine Prüfung der Änderung der Befreiungsvorschriften des § 3 Nr. 20 GewStG zu Gunsten der ambulanten Rehabilitationskliniken ausgesprochen (BR-Drs. 302/12). Die Befreiung von der Gewerbesteuer hat auch für „rein“ ambulante Rehabilitationskliniken zu erfolgen.

– **Abschluss von Apothekenversorgungsverträgen auch für ambulante Vorsorge- und Reha-Kliniken ermöglichen**

Ambulante Rehabilitationskliniken sind im Rahmen ihrer Versorgungsverträge mit den Kostenträgern dazu verpflichtet, die Versorgung mit Arzneimitteln für die Patienten zu gewährleisten. Bisher müssen sie diese jedoch in öffentlichen Apotheken zu teuren Konditionen beziehen. Auch ambulante Rehabilitationskliniken sollten berechtigt werden, mit Krankenhäusern Apothekenversorgungsverträge abzuschließen. § 14 Apothekengesetz ist entsprechend anzupassen.

## **8\_ Die GKV-Statistik in Bund und Bundesländern vereinheitlichen**

Die amtliche Statistik trennt zwischen landesunmittelbaren Krankenkassen (Mitglieder in bis zu drei Bundesländern) und bundesunmittelbaren Krankenkassen (Mitglieder in mehr als drei Bundesländern). Die Daten der bundesunmittelbaren Krankenkassen erfasst das Statistische Bundesamt jedoch ohne Differenzierung nach Bundesländern. Die Landesstatistiken enthalten nur Daten der landesunmittelbaren Krankenkassen, welche von den statistischen Landesämtern an das statistische Bundesamt weitergeleitet werden und für die Bundesstatistik aggregiert werden. Zudem umfassen die Landesstatistiken bedingt durch Fusionen teilweise Versicherte aus anderen Bundesländern.

Somit gibt es keine einheitliche Statistik zu den Ausgaben der Krankenkassen in den Bundesländern. Eine Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Bundesländern und zum Bund ist nicht möglich. Heterogene Versorgungsstrukturen können aktuell nicht verglichen oder bewertet werden (z. B. Ausgaben für Vorsorge und Rehabilitation oder Daten der Antrags- und Genehmigungsstatistik). Die Problematik betrifft insbesondere die Vorsorge- und Rehabilitationsausgaben, da hier keine anderen Datenquellen zu den Ausgaben der Krankenkassen verfügbar sind.

Die Transparenz der GKV-Statistik (u.a. Finanzstatistik KV 45, KJ 1, Antrags- und Genehmigungsstatistik Vorsorge Reha KG 5) ist zu verbessern, indem einerseits eine Vergleichbarkeit der Angaben zwischen den Ländern und andererseits zum Bund ermöglicht wird. Hierfür ist die Datenbasis der Statistiken derart zu verändern, dass die Datenmeldungen nicht mehr wie bislang nach Sitz der Krankenkasse, sondern nach dem Wohnort der Versicherten (Bundesland) erfolgen. Der Datensatz ist dabei nicht zu verändern. Die Neuordnung der GKV-Statistik erfordert einen Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

## **9\_ Das Antrags- und Genehmigungsverhalten der Krankenkassen transparent gestalten**

Die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Verpflichtung der Krankenkassen zur Führung von Statistiken über das Antrags- und Genehmigungsverhalten der Krankenkassen nach den §§ 40 Abs. 2 Satz 3 und 23 Abs. 4 Satz 2 SGB V wird von zahlreichen Krankenkassen offenbar gezielt unterlaufen: Seit dem Start dieser Statistik im Jahr 2008 sind immer wieder Verzögerungen bei der Erstabgabe aufgetreten, Daten waren teilweise unplausibel, und im Jahr 2012 wurden die Daten des Jahres 2011 sogar vom Statistischen Bundesamt zur Überarbeitung zurückgewiesen. Die Erfüllung der gesetzlichen Datenlieferungspflicht muss durch die Aufsichtsbehörden zuverlässig sichergestellt werden; Verstöße dagegen sind zu sanktionieren. Vor allem aber ist kritisch zu prüfen, wie sich im Vergleich zu den gestellten Anträgen die Ablehnungsquoten bei den einzelnen Krankenkassen entwickelt haben, und wie ggf. über die eingelegten Rechtsbehelfe der Versicherten entschieden wurde. Hohe Widerspruchserfolgsquoten weisen darauf hin, dass Fehlentscheidungen der Krankenkassen zulasten der anspruchsberechtigten Versicherten möglicherweise bewusst in Kauf genommen werden. Viele Versicherte befinden sich bei Stellung eines Reha-Antrags in gesundheitlich und persönlich schwierigen Situationen oder verfügen nicht über die erforderlichen Informationen und Unterstützung. Dies führt oftmals dazu, dass sie darauf verzichten, ihren Anspruch weiterzuverfolgen, so dass im Ergebnis an sich notwendige Rehabilitationsleistungen unterbleiben.

Die Stärkung der Patientensouveränität kann nur durch eine verbesserte Transparenz ermöglicht werden. Zusätzlich zu der in den §§ 40 Abs. 2 Satz 3 und 23 Abs. 4 Satz 2 SGB V hinterlegten Verpflichtung zur Lieferung von Statistiken an das Statistische Bundesamt sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, in laienverständlicher Form auf ihren Internetseiten Übersichten über die Anzahl der gestellten Anträge auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die Ablehnungsbescheide, die Widersprüche und die Widerspruchserfolgsquoten zu veröffentlichen. Hierbei ist zwischen allgemeiner Rehabilitation und geriatrischer Rehabilitation zu differenzieren.

## **10\_ Die Geriatrische Institutsambulanz (GIA) an geriatrischen Reha-Kliniken anbinden**

Um die geriatrischen Kompetenzen der Krankenhäuser zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung nutzen zu können, wurde im Rahmen des PsychEntgG die geriatrische Institutsambulanz (GIA) in § 118a SGB V verankert. Demnach können geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen und Krankenhausärzte zur GIA ermächtigt werden.

Die Versorgung mit geriatrischen Patienten wird in Deutschland jedoch sehr unterschiedlich gehandhabt. In einigen Bundesländern oder Regionen werden geriatrische Patienten ausschließlich durch Akutkrankenhäuser versorgt, während in anderen Regionen vorrangig die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111 und 111c SGB V in die Versorgung eingebunden sind. Zudem werden nicht in allen Bundesländern geriatrische Fachabteilungen krankenhauplanerisch ausgewiesen.

In Baden-Württemberg wird eine hochqualifizierte geriatrische Versorgung insbesondere über geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach dem Prinzip der wohnortnahen Versorgung angeboten. Dort arbeiten interdisziplinär Ärzte und Therapeuten in einem geriatrischen Team eng zusammen. Dasselbe gilt für die besonderen Strukturen an Krankenhäusern der sogenannten landesplanerisch ausgewiesenen Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren. Damit die GIA in Baden-Württemberg zur Umsetzung kommen kann, muss der Geltungsbereich – wie bereits im Änderungsantrag 3 der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Beratung des Gesetzentwurfs zum Psych-Entgeltgesetz (BT-Drs. 17/8986) gefordert – um geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sowie auch um Geriatrische Schwerpunkte und Zentren erweitert werden. Zudem ist die ‚Kann‘-Ermächtigung in eine ‚Muss‘-Ermächtigung zu überführen. Auch sollte die Finanzierung nicht über die vertragsärztliche Gesamtvergütung erfolgen, sondern die Leistungen sollten direkt mit den Krankenkassen in Form einer Pauschalierung abgerechnet werden können. Hierfür ist eine Anpassung von § 118a SGB V erforderlich.



**Herausgeber:**

Baden-Württembergische  
Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG)

Verband der Krankenhäuser,  
Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen  
in Baden-Württemberg

Birkenwaldstraße 151  
70191 Stuttgart  
[www.bwkg.de](http://www.bwkg.de)