Stand: April 2019

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Politischer Handlungsbedarf zur Medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Reha-Einrichtungen des kkvd

Medizinische Rehabilitation verfolgt das Ziel, den Folgen von Krankheit in Form von Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu bessern oder deren wesentliche Verschlechterung abzuwenden. Sie unterscheidet sich von der medizinischen Akutversorgung dadurch, dass sie sich mit den mittelbaren Folgen - beispielsweise einer Krankheit - auseinandersetzt und damit eine möglichst weitreichende Reintegration in den Lebensalltag bzw. Veränderung und Anpassung der Lebensumwelt erreicht. Ziel ist „Teilhabe" - am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Diese Wiedereingliederung in die angestammten Lebensumstände ist ökonomisch sinnvoll und damit wesentlicher Bestandteil einer modernen Gesundheitsversorgung, wenn durch Rehabilitation andere aufwändigere Maßnahmen und Leistungen der Sozialversicherung vermieden oder aufgeschoben werden. Der Gesetzgeber hat dies in zwei umfassenden Grundsätzen verankert: „Reha vor Pflege" und „Reha vor Rente".
Die Bedeutung der Medizinischen Reha wächst weiter aufgrund der gesellschaftlichen Herausforderungen wie dem zunehmenden Fachkräftemangel und das durch demografische Veränderungen bedingte höhere Durchschnittsalter der Erwerbstätigen, dem Anstieg der Frühverrentung durch psychische Erkrankungen[1] und dem wachsenden Anteil hochbetagter Menschen.

Wir begrüßen die Rehabilitation stärkenden Verbesserungen der letzten Jahre ausdrücklich als förderlich, um das deutsche Gesundheitswesen „demografiefest" zu machen und dazu beizutragen, dass die Menschen im Krankheits- und Pflegefall gut versorgt sind. Es bleibt dieser Handlungsbedarf:

- **Direkte Zuweisung in Anschlussrehabilitation (AR)**
- **Strukturvorgaben der Kostenträger und Tarifbindung müssen bei der Reha-Vergütung berücksichtigt werden**
- **Versorgungsforschung stärken**
- **Abschaffung der Reha-Budgetierung der DRV**
- **Antragsprüfung GKV durch neutrale Prüfungsinstanz**
- **Fachkräfte gewinnen und binden**

[1] Fast jede zweite Frühverrentung erfolgte im Jahr 2012 aufgrund psychischer Erkrankung. Das durchschnittliche Alter der Betroffenen lag bei 49 Jahren. Seit mehr als 10 Jahren sind psychische Erkrankungen Hauptursache für gesundheitsbedingte Frühverrentung. Nur ein Bruchteil der Betroffenen hatte vorab an einer spezifischen medizinischen Reha teilgenommen, die helfen kann psychisch bedingte Frühverrentung zu vermeiden.

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

1. Ziel Direkte Zuweisung in Anschlussrehabilitation (AR)

Anschlussrehabilitation (AR)[2] ist eine Form der Medizinischen Rehabilitation, die im Rahmen eines vorgegebenen Indikationskatalogs[3] innerhalb von 14 Tagen[4] nach einer Krankenhausbehandlung stattfindet. Im Krankenhaus muss geprüft werden, ob die Hauptdiagnose der Patienten im Indikationskatalog aufgeführt und die Leistung stationär oder ganztägig ambulant erforderlich ist. Dies führt jedoch nicht unmittelbar zu einer Leistung, vielmehr sind mehrstufige Schritte (Ärztliche Verordnung, ggf. zusätzlicher Antrag, Prüfung durch MDK in Stichproben, Genehmigung durch die Krankenkasse) erforderlich.

Problemstellung:

Die Beantragung einer Anschlussheilbehandlung und das Verfahren zur Beurteilung der Notwendigkeit sind bisher aufwendig und häufig zeitkritisch für eine nahtlose Verlegung und uneinheitlich. Die derzeitige Regelung verbraucht regelhaft Ressourcen, produziert Reibungsverluste und verzögert den Reha-Antritt. Nur einzelne Krankenkassen und Rentenversicherungsträger haben das Verfahren einfacher gestaltet und einzelne Krankenhäuser ermächtigt, bei bestimmten Diagnosen AR/ AHB direkt einzuleiten. Die aufnehmende Reha-Klinik ist verpflichtet, Aufnahmestatus, Verlauf und Entlassung anzuzeigen und zu prüfen, ob die Aufnahme möglich ist. Der MDK prüft im Nachhinein (z.B. im Folgejahr 25 % der Fälle). Die im AR-Bereich regelmäßig eindeutigen Reha-Indikationen bedürfen dieser Reglementierung nicht. Hierdurch werden Chancen zur zügigen Reintegration und Teilhabe unnötig verzögert oder gar vergeben.

Vorschlag:

Abschließende Zuweisung der AHB durch Krankenhausärzte im SGB V und SGB VI verankern.

---

2 Während die Deutsche Rentenversicherung die Begrifflichkeit „Anschlussheilbehandlung (AHB)“ benutzt, verwendet das SGB V „Anschlussrehabilitation“, wofür häufig die Abkürzung „AR“ verwendet wird.

Dazu gehören: Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs, Krankheiten der Gefäße, entzündlich-rheumatische Erkrankungen, degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen, Erkrankungen des Verdauungsapparats und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen, Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata, neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven, onkologische Krankheiten und gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen. Ausnahme: Geschwulsterkrankungen.

Das Verfahren könnte vereinfacht und beschleunigt werden, wenn die AR regelhaft direkt durch den Krankenhausarzt eingeleitet wird. Die ärztlichen Verordnungen, die unter Anwendung standardisierter medizinischer Assessments erstellt werden, können im Regelfall den Anspruch auf eine AR-Leistung abschließend begründen und eine direkte Verlegung ermöglichen. Dabei ist das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten einzubeziehen, indem der Krankenhausarzt den Patienten darauf hinweist und es abfragt. Als Fortführung der Behandlung im Krankenhaus könnte in nur einem Schritt über die Krankenhausbehandlungs-, die Frühreha- und die Rehabedürftigkeit entschieden werden. So kann sektorale Abgrenzung überwunden werden.

2. Ziel Strukturvorgaben der Kostenträger und Tarifbindung[5] müssen bei der Reha-Vergütung berücksichtigt werden

Bisher gibt es im Gegensatz zur Akutversorgung keine verbindlichen Vergütungsregelungen für die medizinische Rehabilitation. Bei den üblichen bilateralen Verhandlungen zwischen Einrichtung und Kostenträgern werden (über Struktur- und Prozessvorgaben der Rehabilitationsträger) die Anforderungen an die Medizinische Reha definiert bzw. abgefragt und die Leistungsvergütung festgelegt; es fehlt aber die Bezugnahme zwischen den Kosten der geforderten Vorgaben und der Vergütung. Durch das Vergaberechtsmodernisierungsgesetz[6], sowie die Forderung der Rechnungsprüfungsbehörden und des BMAS nach mehr Transparenz bei der Zulassung von Reha-Einrichtungen bei der Belegungssteuerung und bei der Festlegung von Vergütungen, arbeitet zur Zeit u.a. eine Projektgruppe der Rentenversicherungsträger an Vergütungsfragen. Im Bereich der GKV gibt es nichts Korrespondierendes.

Problemstellung:

In den Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung einerseits und den Rehabilitationseinrichtungen andererseits gibt es nach den derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen ein erhebliches Ungleichgewicht zu Lasten der Kliniken. Viele Krankenkassen nutzen bei den Preisverhandlungen ihre Vertragsmacht so stark (indem sie die Preisgestaltung mit der Belegungssteuerung verknüpfen), dass es zu einer deutlichen Unterfinanzierung von Einrichtungen

[5] AVR wird an dieser Stelle einem Tarifwerk gleichgesetzt.

[6] Mit der Frage, ob es sich bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Reha um einen ausschreibungspflichtigen öffentlichen Auftrag handelt.

kommt. Die wachsenden Anforderungen wie vorgeschriebene QM-Verfahren, Risikomanagement und Hygiene (Screeningverfahren) gingen bislang nicht einher mit einer entsprechenden Vergütungssteigerung. Einzelne Einrichtungen haben dazu besondere Aufwendungen (die bei GKV-AR-Fällen häufige nicht abgeschlossene Wundheilung, rehafremde Sonderfälle wie Medikation HIV-erkrankter Rehabilitanden), die nicht durch Sonderaufschläge finanziert werden. Ebenso sind die realen Kostensteigerungen und notwendigen Investitionskosten durch die Orientierung an der Grundlohnsteigerung nicht abgebildet. Außerdem sollte eine Tarifgebundenheit im Rehabereich Berücksichtigung finden, wie sie in SGB IX und XII Eingang gefunden hat. Wer höhere Löhne zahlt, zahlt auch höhere Kassen- und Rentenbeiträge. Dies ist volkswirtschaftlich und für die Rehabudgetierung nicht unerheblich.

Die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation ist häufig nicht auskömmlich durch die Vergütung gewährleistet. Zwar hat der Gesetzgeber mit der Regelung des § 111 b SGB einen Mechanismus zu Klärung von Vergütungsstreitigkeiten geschaffen. Erste Verfahren von Einrichtungen der geriatrischen Reha (die aufgrund ihres höheren Personalbedarfs vom Missverhältnis zwischen Kostensteigerung und Vergütung besonders betroffen sind), brachten aber noch keinen grundsätzlichen Erfolg. Dies liegt vor allem daran, dass „die Grundlagen der Vergütungsfindung" nicht definiert sind.

Auch kann die Schiedsstelle nicht eine heute schon vorhandene Unterfinanzierung als Defizite aus früheren Verhandlungen ausgleichen, sondern „nur" für angemessene Steigerungen im Rahmen der Veränderungsrate sorgen. Darüber hinaus scheuen sich viele Kliniken die Schiedsstelle anzurufen, da sie Sanktionen hinsichtlich der Belegungssteuerung der zuweisenden Reha-Träger befürchten. Auch erleben Versicherte, die im Rahmen ihres Wunsch- und Wahlrechts eine Klinik mit höheren Vergütungssätzen auswählen, dass ihre Krankenkasse sie zur Zahlung sog. Mehrkosten verpflichtet, obwohl die gewählte Einrichtung über einen Versorgungsvertrag sowie gültige Vergütungsvereinbarungen verfügt.

Die in § 38 Absatz 3 SGB IX eröffneten Möglichkeiten, dass zu den Inhalten der Verträge mit Leistungserbringern gemeinsame Empfehlungen vereinbart oder Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen geschlossen werden, wurden von Seiten der Rehabilitationsträger bisher nicht aufgegriffen. Der Aufforderung zur Verhandlung von Rahmenverträgen durch die entsprechenden Arbeitsgemeinschaften der privaten und der gemeinnützigen Leistungserbringer sind sie nicht gefolgt.

Vorschlag/ Änderung:

Damit die medizinische Rehabilitation ihren gesellschaftlichen Anforderungen auch zukünftig gerecht werden kann, müssen die gesetzlichen Grundlagen so gestaltet werden, dass faire Vertragsbeziehungen und Wettbewerbsbedingungen gegeben sind. Die Vergütung hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, sozialmedizinisch unterscheidbarer Patientengruppen sowie die Investivkosten abzubilden.

Es braucht eine Klarstellung, welche Aufwendungen bei einer Pflegesatzkalkulation zu berücksichtigen sind und in welchem Umfang Kostensteigerungen in die Kalkulation einfließen müssen. Sinnvollerweise richten sich diese nach einem Orientierungswert. Zur Kostenkalkulation sind im Akut-Bereich Methoden entwickelt worden (z.B. Leistungs- und Kostenaufstellung), die auf den Rehabereich angewendet werden können. Strukturbezogene Kosten in Reha-Einrichtungen müssen durch den Pflegesatz abgebildet werden. Dies gilt insbesondere, wenn sie in vergangenen Kalkulationen unberücksichtigt geblieben sind.

Regelungen zur Finanzierung von Sondertatbeständen für Krankenhäuser, wie zusätzlich notwendig werdende Leistung (zum Beispiel zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes) müssen auch für den Rehabilitationsbereich gelten, wenn diese die Sondertatbestände ebenso zu berücksichtigen haben.

Die bisherige Kann-Bestimmung für Rahmenverträge zwischen Reha-Trägern und Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer sollte als verbindliche Regelung ausgestaltet werden, damit einheitliche Grundsätze für die Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern gewährleistet sind.

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

3. Ziel Versorgungsforschung

Im Bereich der Akut-Medizin gibt es den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), der die Wirksamkeit einer Maßnahme in Bezug zur Wirtschaftlichkeit bewertet und dann verbindlich zulässt. Für die medizinische Reha gibt es keine solche explizite Stelle. Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen die positive Wirkung von Rehabilitation auf die Gesundheit und Teilhabe erkrankter, pflegebedürftiger, behinderter bzw. von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung bedrohter Menschen. Reha wirkt und ist nachhaltig.

Problemstellung:

Wirksamkeitsnachweise über Versorgungsforschung finden im Bereich der Wissenschaft statt oder werden freiwillig von den Kostenträgern (vor allem der DRV) gemacht und durch Kliniken selbst initiiert und finanziert. Es mangelt an systematischer Forschung zur Weiterentwicklung und Erprobung neuer Modelle

Vorschlag/ Änderung:

Für die Rehabilitation wird eine unabhängige, paritätisch besetzte, transparent arbeitende Stelle eingerichtet, die kontinuierliche und unabhängige Versorgungsforschung durchführen lässt. Damit soll die Weiterentwicklung der Rehabilitation gefördert werden.

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

4. Ziel Abschaffung der Reha-Budgetierung der DRV

Über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird – wie es das Flexirentengesetz noch einmal klarstellt - nach individueller medizinischer Notwendigkeit entschieden. In der Praxis scheint aber auch eine Rolle zu spielen, ob das offizielle oder interne zu vermutende Reha-Budget bereits ausgeschöpft ist. Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sind die Ausgaben für die medizinische Rehabilitation begrenzt (§ 220 SGB VI). Das Budget wurde lediglich bezogen auf den Demografie bedingten Mehrbedarf angepasst. Aufgrund des Erfolgs bei Widersprüchen kann man vermuten, dass nicht ausschließlich die individuelle medizinische Notwendigkeit, sondern auch interne Regelungen eine Rolle spielen. Ein Budget, das keine Rolle spielen soll, ist im besten Falle überflüssig.

Problemstellung:

Mit der Einführung des Demografiefaktors (§ 287b SGB VI) beim Reha-Budget durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) hat der Gesetzgeber einen guten Weg eingeschlagen, den zukünftigen ansteigenden Anteil älterer Arbeitnehmer zu berücksichtigen. Allerdings relativiert es die individuelle medizinische Notwendigkeit als Entscheidungsgrund.
Verstärkt wird diese Problematik noch, dass der „atmende" Deckel des Reha-Budgets der Deutschen Rentenversicherung (DRV) von 2014 bis 2016 stieg, aber seit 2017 wieder sinkt.
Das in der Präambel geäußerte Problem des Anstiegs der Frühverrentung durch psychische Erkrankungen beim gleichzeitigen Fehlen von Rehabilitationsmaßnahmen für diese Gruppe zeigt die Problematik.

Vorschlag/ Änderung:

Das Budget wird abgeschafft und damit wird klargestellt, dass Reha-Maßnahmen nach individuellem Bedarf genehmig werden. Ähnlich wie Im Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte auch für die RV geregelt werden, dass Reha-Ausgaben Pflichtleistung und nicht budgetiert sind.

5. Ziel Antragsprüfung GKV durch neutrale Prüfungsinstanz

Im Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme gibt der Vertragsarzt eine Einschätzung dazu ab, welche Maßnahme in welcher Einrichtung sich für den Patienten am besten eignet.
Die Genehmigung und die Festlegung von Art, Dauer und Umfang der Leistung sowie bei der Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V) unterliegt aber der Ermessensausübung der Krankenkassen. Geprüft wird dies durch ihren medizinischen Dienst, den MDK.

Problemstellung:

Es ist eine unabhängige Institution anstelle des parteiischen MDK nötig. Neutralität und Unabhängigkeit des MDK könnten nur gewährleistet werden, wenn dieser nicht Teil des GKV-Systems und losgelöst vom GBA ist.

Vorschlag/ Änderung:

Damit über Reha-Bewilligungen aufgrund des medizinischen Bedarfs und nicht aufgrund finanzieller Erwägungen der Krankenkasse getroffen werden, wird eine unabhängige Institution geschaffen, der folgende Aufgaben übertragen werden:

- Bedarfseinschätzung zur Reha treffen
- Bedarfsgerechten Zugang/Versorgung sicherstellen
- Regelmäßige Berichterstattung

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

6. Ziel: Fachkräfte gewinnen und binden

Wesensmerkmal der medizinischen Rehabilitation ist die multiprofessionelle Therapie durch Behandlungsteams aus Fachkräften u.a. der Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Physiotherapie, Sport, Ergotherapeuten, Pflege. Die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation haben ein vitales Interesse, auch in Zukunft ausreichende, qualifizierte und interessierte Fachkräfte zu gewinnen und bewährtes und qualifiziertes Personal langfristig zu binden. Sie stehen hier unter gleichen Herausforderungen wie alle Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegesektor und gleichzeitig in Konkurrenz untereinander in der Personalgewinnung.

Problemstellung:

Die Bundesregierung fördert gezielt die Pflege in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, nicht aber in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Auch hier ist sicherzustellen, dass auch in Zukunft ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Auf jeden Fall muss vermieden werden, dass die Förderprogramme für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zu einer „Abwanderung" im Bereich der medizinischen Rehabilitationeinrichtungen führen. Ebenso muss vermieden werden, dass im Zuge dieser Förderprogramme steigende Personalkosten dieser Berufsgruppe die Unterfinanzierung der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation weiter vergrößern.

Vorschlag/ Änderung:

Die im Koalitionsvertrag für die Krankenhäuser angekündigte „vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen" muss deshalb ebenso auch für die medizinische Rehabilitation gelten.
Die derzeitige strikte Bindung von Vergütungssteigerungen im Bereich der GKV an die Grundlohnrate muss für Einrichtungen nach § 111 und § 111a, § 111 c SGB deshalb außer Kraft gesetzt werden.

Von den ca. 1200 Reha-Einrichtungen (Quelle statistisches Bundesamt) sind mehr als 100 in katholischer bzw. katholisch-assoziierter Trägerschaft. Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) eruiert und bearbeitet die Interessen vor allem der Reha-Einrichtungen mit somatischem, geriatrischem und psychosomatischem Spektrum in einem spezialisierten Fachausschuss und stimmt sich mit anderen Bundesgremien ab. Weitere Informationen unter https://kkvd.de/nachrichten-dokumente-und-medien/medizinische-rehabilitation/