

Die neue Bundesregierung hat vier zentrale Aufgabenfelder in der medizinischen Rehabilitation!

Berlin, Bonn, Kassel den 28.10.2013

Für die zukunftsgerichtete Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in Deutschland bestehen heute vier zentrale Aufgabenfelder. Hierzu haben die Unterzeichner vier gemeinsame Positionen entwickelt. Diese Positionen sollten Eingang in den Koalitionsvertrag finden und damit eine Richtschnur für Gesetzgeber und Regierung in den nächsten vier Jahren bilden:

- 1. Zugangsbarrieren zur medizinischen Rehabilitation bei der Gesetzlichen Krankenversicherung durch ein Direktverordnungsrecht der niedergelassenen Ärzte beseitigen.**
- 2. „Reha vor Pflege“ stärken durch Beseitigung der Schnittstellenprobleme zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung.**
- 3. Bedarfsgerechte Versorgung in der Gesetzlichen Rentenversicherung sicherstellen – derzeitige Budgetsystematik verändern.**
- 4. Leistungsgerechte und transparente Vergütung schaffen.**

Zum Hintergrund:

- 1. Zugangsbarrieren zur medizinischen Rehabilitation bei der Gesetzlichen Krankenversicherung durch ein Direktverordnungsrecht der niedergelassenen Ärzte beseitigen.**

Die Berichte der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) belegen, dass die derzeitige Genehmigungspraxis im Bereich der Krankenversicherung dazu führt, dass medizinische Rehabilitationsleistungen, die nicht im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt beantragt werden, vermehrt abgelehnt werden. Allein der MDK lehnt 39% der beantragten Leistungen ab. Die niedergelassenen Ärzte sind frustriert und stellen häufig erst gar keinen Antrag mehr. Den betroffenen, chronisch erkrankten oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen bleiben notwendige medizinische Rehabilitationsleistungen versagt. Dadurch nehmen Kosten für Arztbesuche, Medikamente und Operationen zu, die mit medizinischen Rehabilitationsleistungen hätten verhindert werden können. Insofern muss die ärztliche Verordnung ausschlaggebend für die Einleitung einer medizinischen Rehabilitation sein – vergleichbar der Situation im Krankenhausbereich. Nur in begründeten Einzelfällen und nach Rücksprache mit dem Arzt sollte davon abgewichen werden.

2. „Reha vor Pflege“ stärken durch Beseitigung der Schnittstellenprobleme zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung.

Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird von vielen Krankenkassen nur unzureichend umgesetzt. Experten sehen die Ursache dafür in der Trennung von gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung. Krankenkassen müssen für Leistungen zur Vermeidung/Verschiebung von Pflegebedürftigkeit aufkommen, profitieren dann aber nicht vom Erfolg der Leistung, der vermiedenen Pflegebedürftigkeit. Diesem Schnittstellenproblem muss begegnet werden und die Pflegeversicherung mehr eigenen Handlungsspielraum in diesem Bereich erhalten.

3. Bedarfsgerechte Versorgung in der Gesetzlichen Rentenversicherung sicherstellen – derzeitige Budgetsystematik verändern.

Die derzeitige Budgetsystematik für medizinische Rehabilitationsleistungen bei der Rentenversicherung verhindert eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zur Erhaltung ihrer Erwerbsfähigkeit. Die Ausgaben müssen sich am Bedarf, der beispielsweise auch mit der demographischen Entwicklung zusammenhängt, orientieren und nicht abstrakt festgelegt werden.

4. Leistungsgerechte und transparente Vergütung schaffen.

Die Vergütung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss leistungsgerecht und transparent sein, damit die Rehabilitationseinrichtungen auch weiterhin qualitativ hochwertige Leistungen erbringen können. Dazu ist u.a. gut ausgebildetes Personal und eine gute Ausstattung erforderlich. Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitsbereich ist es umso notwendiger, dass attraktive Arbeitsplätze in der medizinischen Rehabilitation vorgehalten werden. Die derzeitige Vergütungspraxis – ohne Berücksichtigung der wirtschaftlichen bzw. kalkulatorischen notwendigen Grundlagen für die Ermittlung der Vergütungssätze (z.B. der allgemeinen Preissteigerungen, der Personalkosten incl. der Entwicklung der Gehälter) – zwingt die Kliniken aufgrund der Abhängigkeit von den Leistungsträgern Vergütungssätze zu akzeptieren, die nicht auskömmlich sind. Diese Praxis wird zwangsläufig dazu führen, dass die Qualität sinkt oder Rehakliniken/-einrichtungen schließen müssen – erste Schließungen sind beispielsweise in Baden-Württemberg bereits erfolgt, was zu einer deutlich spürbaren Einschränkung des medizinisch notwendigen Versorgungsangebots führen wird.

Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie)
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)
Fachverband Sucht e.V. (FVS)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)