

UNSER APPEL AN DIE POLITIK: WIR FORDERN EINEN REHAZUKUNFTSPAKT!

Die medizinische Rehabilitation muss als eigenständige Säule im Gesundheitswesen verortet und zukunftsorientiert weiterentwickelt werden

WARUM IST DAS NOTWENDIG?

1. Rehabilitation wird vergessen!

Aktuell wird die medizinische Rehabilitation schlichtweg nicht mitgedacht! Meist fehlen fachlich versierte Ansprechpartner/Fachexperten in den Gesundheits- und Arbeitsministerien der Länder und beim BMG. Im Organigramm des BMG gibt es keine Verortung der medizinischen Rehabilitation. Ohne eindeutige personelle Zuständigkeit im Organigramm hat die medizinische Rehabilitation keine Vertretung und Relevanz, wenn es um ihre Weiterentwicklung geht.

Gesetze, Rahmenempfehlungen und andere Regelungen für Krankenhäuser versucht man meist nachträglich auf die medizinische Rehabilitation zu übertragen. Das haben insbesondere Gesetzgebungen in der Corona-Pandemie gezeigt. Die Folgen sind aufwendiges Nachsteuern, weil die Vorgaben und Regelungen in der Praxis nicht funktionieren. Die Reha-Branche wird schlicht vergessen und deren Perspektive zu Lasten von Patienten nicht einbezogen.

Die medizinische Rehabilitation muss dringend als eigenständige Säule des Gesundheitswesens wahrgenommen und zukunftsorientiert weiterentwickelt werden.

2. Rehabilitation rechnet sich!

„Im Rahmen einer Forschungsarbeit bezifferte Prof. Dr. Krischak, leitender Chefarzt der Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie in der Federsee-Klinik und Leiter des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR), zusammen mit seiner Mitarbeiterin Dr. Lena Tepohl die positiven finanziellen Effekte von Reha auf die deutsche Volkswirtschaft.“ „So werden die Kosten der Reha nicht nur amortisiert, sondern bewirken sogar eine Einsparung von mehr als 700,- EUR pro Rehabilitand. Eine Hochrechnung für 346.000 Rehabilitanden der Orthopädie ergibt eine Ersparnis von somit 243 Mio. EUR pro Jahr. Hinzukommen noch weitere Effekte über eine Stabilisierung von Erwerbsverläufen und Vermeidung bzw. Verzögerung von Berentungen, die in diesem Modell noch nicht berücksichtigt sind.“¹

Und diese Forschungsarbeit bezieht sich nur auf **eine** Reha-Indikation! In medizinische Rehabilitation muss investiert werden!

¹ Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm: Weniger Arbeitsunfähigkeiten nach Rehabilitation, unter: <https://ifr-ulm.de/weniger-arbeitsunfaehigkeitstage-nach-rehabilitation/> (abgerufen am 07.09.21)

3. Abfederung der Folgen für Patienten mit Long-COVID und Post-COVID-Syndrom

Die Corona-Pandemie hat uns gezeigt, wie wertvoll das System der Sozial-Versicherung mit einer guten medizinischen Versorgung ist. Für diejenigen, die mit SARS-COV-2 infiziert waren und immer noch an den psychischen und körperlichen Folgen der Erkrankung leiden, ist es notwendig, kurzfristig Perspektiven zu schaffen. Für diese Patienten muss jetzt zielgerichtet Rehabilitation ermöglicht werden, um soziale und berufliche Teilhabe wo immer möglich zu realisieren.

Die Rehabilitation mit ihrem multimodalen Ansatz ist das geeignete Instrument, um die gesundheitlichen und psychosozialen Folgen von Long-COVID Patienten und Patienten mit Post-COVID-Syndrom zu lindern. Von Long-COVID spricht man, wenn nach einer akuten SARS-COV-2 Infektion die Symptome auch vier Wochen ab Infektion noch vorhanden sind oder post-akute Folgen von COVID-19 bestehen. Bei einer Persistenz von mehr als zwölf Wochen ab Infektion spricht man von dem Post-COVID Syndrom. Der Zugang zu weiterer medizinischer Versorgung wie z. B. Rehabilitation muss für diese Zielgruppe ohne Barrieren durch Kostenträger schnell und einfach erfolgen, um Kontinuität in der Weiterversorgung zu gewährleisten, empfiehlt die aktuelle S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID.²

Die der S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID zu Grunde liegenden Forschungsergebnisse zeigen, dass „während die Prävalenz von Long/Post-COVID Symptomen nach schweren Verläufen häufiger ist, zeigen sich im Niedrigprävalenzbereich in 13,3 % der Test-positiven Studienteilnehmer/innen Symptome ≥ 28 Tage, bei 4,5 % ≥ 8 Wochen und bei 2,3 % ≥ 12 Wochen Dauer, allerdings kann dieses auch bei initial milder SARS-CoV-2-Infektion auftreten.“³ D.h. es handelt sich um eine aktuell stetig wachsende Patientengruppe. Dem RKI sind bisher 4.030.681 Fälle von COVID-Infektionen in Deutschland gemeldet worden.⁴

Es muss kurzfristig gehandelt und Rehabilitation ohne Bürokratie für alle Betroffenen ermöglicht werden.

² Vgl. Koczulla, AR1, Ankermann, T10, Behrends, U17, Berlit, P5, Böing, S8, Brinkmann, F10, Franke, C8, Glöckl, R1, Gogoll, C1, Hummel, T12, Kronsbein, J2, Maibaum, T3, Peters, EMJ4, Pfeifer, M1, Platz, T7, Pletz, M11, Pongratz, G 16, Powitz, F8, Rabe, KF1, Scheibenbogen C15, Stallmach, A9, Stegbauer, M2, Wagner, HO3, Waller, C14, Wirtz, H1, Zeiher, A6, Zwick, R1 S1-Leitlinie Post-COVID/LONG-COVID, unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-027.html> (abgerufen am 06.09.21)

³ Koczulla, AR1, Ankermann, T10, Behrends, U17, Berlit, P5, Böing, S8, Brinkmann, F10, Franke, C8, Glöckl, R1, Gogoll, C1, Hummel, T12, Kronsbein, J2, Maibaum, T3, Peters, EMJ4, Pfeifer, M1, Platz, T7, Pletz, M11, Pongratz, G 16, Powitz, F8, Rabe, KF1, Scheibenbogen C15, Stallmach, A9, Stegbauer, M2, Wagner, HO3, Waller, C14, Wirtz, H1, Zeiher, A6, Zwick, R1 S1-Leitlinie Post-COVID/LONG-COVID, unter: [https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-027.html #page 7](https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-027.html#page%207) (abgerufen am 06.09.21)

⁴ Robert Koch Institut: Covid-19, Fallzahlen in Deutschland und weltweit, unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html (abgerufen am 08.09.21)

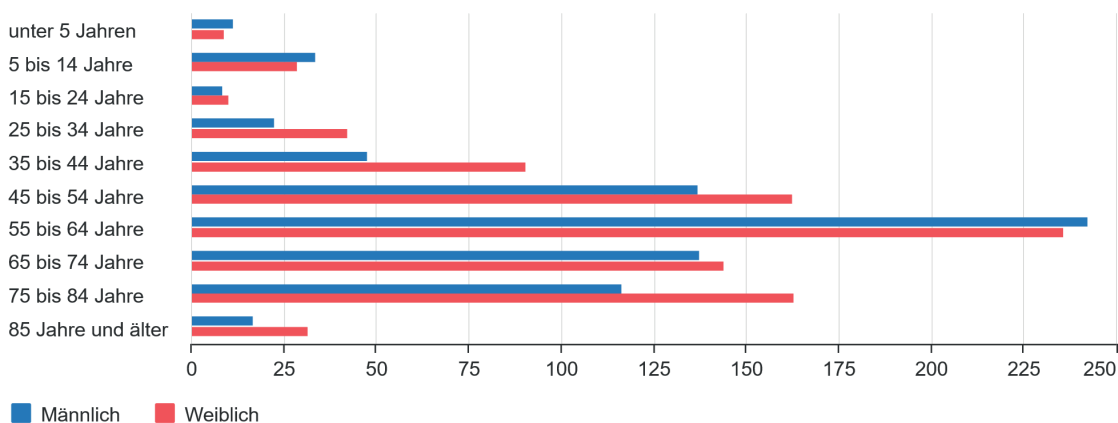
4. Demografischer Wandel und Fachkräftemangel

Gerade in unserer älter werdenden Gesellschaft und dem zunehmenden Fachkräftemangel wird Rehabilitation gebraucht, um Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und Teilhabe zu ermöglichen. Pflegebedürftigkeit muss vermieden werden. Reha vor Rente und Reha vor Pflege ist für alle Indikationsbereiche verpflichtend umzusetzen.

Die Daten des Statistischen Bundesamtes aus 2019 zeigen deutlich, dass Vorsorge- und Rehabilitation eine zunehmende Rolle spielen (s. Grafik ⁵) und so dazu beitragen, Verschlimmerung von Erkrankungen zu verhindern, Erwerbsbiografien bis ins Alter zu ermöglichen und Pflege zu vermeiden.

Patienten und Patientinnen 2019

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung > 100 Betten, in Tausend



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

Seit 2010 bewegen sich die Fallzahlen auf einem kontinuierlich ansteigenden Niveau. Der nur langsame Anstieg trotz älter und kränker werdender Gesellschaft begründet sich darin, dass es in den letzten Jahren insbesondere für rehabilitationsbedürftige GKV-Patienten schwierig war, ein Heilverfahren genehmigt zu bekommen. Hier wurde erst im letzten Jahr durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz nachgebessert. Die Verhandlungen zur Etablierung von geeigneten Rahmenempfehlungen dauern seit 2020 an.

Rehabilitation muss zum Erhalt und zur Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit sowie zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit verstärkt ermöglicht werden.

Allgemeine Informationen Reha und Vorsorge

Die Anzahl der Vorsorge- und Rehakliniken ist in den letzten Jahren zurückgegangen, ebenso die Zahl der Betten. Die Bettenauslastung nimmt dagegen merklich zu und liegt teilweise bei 100 %, sodass in manchen Indikationsbereichen längere Wartezeiten entstehen.

Der Schwerpunkt der somatischen Rehabilitationsmaßnahmen bilden mittlerweile Anschlussrehabilitationen an stationäre Krankenhausaufenthalte. Gleichzeitig haben sich die Verweildauern in den Krankenhäusern deutlich verkürzt. Die Politik fordert in der kommenden Legislaturperiode weitere deutliche Verweildauerverkürzungen ein. Durch die Verweildauerverkürzungen sind in den letzten Jahren neue Schnittstellenprobleme entstanden. Für diese müssen dringend passende Lösungen geschaffen werden. Nur so kann auf die individuelle Hochleistungsmedizin auch optimale Rehabilitation ermöglicht werden. Reha vor Pflege muss wo immer möglich umgesetzt werden.⁶

⁵ Statistisches Bundesamt: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/_inhalt.html#sprg229158 (abgerufen am 21.06.21)

⁶ Vgl. J. Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2021, Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitation, unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_6 (abgerufen am 22.06.21)

1. BARRIEREN ABBAUEN – PATIENTENRECHTE STÄRKEN!

1.1 Zugangsbarriere abbauen: Bewilligungsvorbehalt bei GKV-Anschlussrehabilitationen abschaffen

Der Bewilligungsvorbehalt ist ein verwaltungsintensives Bürokratiemonster, das Rehabilitationschancen verhindert! Die ärztliche Verordnung ist das Mittel der Wahl. Der temporäre Wegfall des Vorbehalts während der ersten Corona Welle hat nachgewiesen, dass der Bewilligungsvorbehalt die Gesundheit von Patientinnen und Patienten sogar schädigt.⁷

Forderung

In der GKV muss der Bewilligungsvorbehalt für Anschlussrehabilitationen endgültig abgeschafft werden.

1.2 Qualitätswettbewerb statt Preiswettbewerb

Die Bedürfnisorientierung am Patienten und die Wahlfreiheit für die gewünschte Reha-Einrichtung muss weiter gestärkt werden. So setzt sich Qualität in der Leistungserbringung durch.

Alle zwischen den Krankenkassen vereinbarten Vergütungen sind wirtschaftlich, ansonsten hätte die Vergütungsvereinbarung nicht abgeschlossen werden dürfen. Preisorientierte Steuerung und Zuzahlungsverlangen der Krankenkassen für Mehrkosten sind rechtswidrig.

Forderung

Jede medizinisch geeignete Reha-Einrichtung mit Versorgungsvertrag muss ohne Mehrkosten vom Patienten gewählt werden können (Heilverfahren und AHB-Verfahren).

⁷ Vgl. Studer B, Roukens R, Happe S, Schmidt SB, Knecht S: COVID-19 reveals opportunities for better care of stroke patients—direct transfer to postacute rehabilitation, reduction in length of stay, and treatment outcomes. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 346–7. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0219

In der Neurologie konnte nachgewiesen werden, dass durch den Wegfall 7-10 Tage nicht zwingend erforderliche Krankenhaustage eingespart werden können, was hochgerechnet die Einsparung von Milliarden an Kosten bedeutet.

2. GESETZGEBUNG UND RAHMENBEDINGUNGEN – NOTWENDIGE ÄNDERUNGEN

2.1 Eigene Vertretung in allen Gesundheits- und Arbeitsministerien

Die Themen der Rehabilitation müssen in den Gesundheits- und Arbeitsministerien der Länder sowie beim BMG eine Vertretung durch Reha-Fachexperten erhalten. Die Einrichtung von Rehareferaten in den Organigrammen dieser Ministerien ist unbedingt notwendig, um die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation voranzutreiben.

Forderung

In allen Gesundheits- und Arbeitsministerien muss ein Rehareferat abgebildet sein. Nur etwas das einen Namen hat existiert!

2.2 Zulassung der Rehakliniken als Ausbildungsträger

Die Rehaeinrichtungen in Deutschland bieten ein großes Potenzial, dringend benötigtes Fachpersonal im Gesundheitswesen auszubilden. Nur Krankenhäuser, ambulante und stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen sind als Ausbildungsträger zugelassen, Rehabilitationskliniken nicht.

Forderung

Reha-Einrichtungen müssen als Ausbildungsträger für Pflegekräfte (§ 7 Abs. 1 PflBRefG), für Psychotherapeuten, für Physiotherapeuten sowie für die Weiterbildung von Ärzten zugelassen werden, um im Wettbewerb um Fachkräfte bestehen zu können bzw. um die Anzahl der Gesundheitsfachkräfte zu erhöhen.

2.3 Echte institutionelle Beteiligung schaffen

Im gemeinsamen Bundesausschuss wird unter anderem über die Reharichtlinie nach § 92 SGB V und ihre Ausgestaltung entschieden. Aktuell soll der GBA gem. § 40 Abs. 3 S. 10 SGB V in der Reharichtlinie festlegen, in welchen Fällen die Anschlussreha ohne Überprüfung der Kassen erbracht werden kann. Die Rehaleistungserbringerverbände sind mit Stimm- oder Beteiligungsrechten nicht direkt im GBA vertreten.

Gleiches gilt für Fragen die Deutsche Rentenversicherung und die Unfallversicherung betreffend. Im Rahmen der Pandemiebewältigung wurde beim Bundesgesundheitsministerium ein Expertenbeirat für die Krankenhäuser gebildet. Dieses Gremium hat sich bei der Entwicklung der krankenhausspezifischen Belange bewährt.

Auch zur Weiterentwicklung der Pflege gibt es einen Beirat beim BMG.

Forderung

Im G-BA sind den Rehaleistungserbringerverbänden echte institutionelle Beteiligungsrechte einzuräumen. Ebenso müssen diese Rechte im Bereich der Unfallversicherung und der Rentenversicherung geschaffen werden. Schaffung eines Expertenbeirates zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation beim BMAS.

2.4 Schaffung einer Schiedsstelle in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Durch das Gesetz Digitale Rentenübersicht (RÜG) 2020 sind neue Regelungen zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die DRV (§ 15 SGB V) entstanden. Ziel ist die Schaffung einheitlicher Regelungen für die Zusammenarbeit mit Rehaeinrichtungen. Für wesentliche Teile dieser Zusammenarbeit gibt es bislang nur die Gelegenheit der Stellungnahme zu Themen der Qualitätssicherung, Strukturvorgaben, Stellenpläne, Rahmenkonzepten etc. Entscheidungen trifft allein die DRV.

Forderung

Hier ist eine verbindliche Beteiligung mit gleichberechtigtem Stimmrecht zu schaffen. Es muss für die Leistungserbringer und ihre Verbände eine Schiedsstelle geschaffen werden analog der Bundesschiedsstelle in der GKV.

2.5 Digitalisierung / Innovation / E-Health

Bisher wurde die medizinische Rehabilitation bei der Digitalisierungsoffensive weitestgehend vergessen. In der Strategie des BMG „Digitale Gesundheit 2025“ kommt die Reha nicht vor. Auch beim BMAS ist keine Digitalisierungsstrategie mit Einbezug der Reha erkennbar. Die verspätete Hinzunahme schafft unnötige zusätzliche Schnittstellenprobleme, schlimmstenfalls wird die Reha abgehängt.

Forderung

In jede Digitalisierungsstrategie des Bundes und der Länder sowie aller Sozialleistungsträger (GKV, RV, UV...) ist die Rehabilitation verpflichtend mit aufzunehmen. Digitalisierung in der Rehabilitation muss durch eine Anschubfinanzierung in Höhe von 2 % des Umsatzes ermöglicht werden. Digitale Innovationen inklusive der damit in Verbindung stehenden laufenden Kosten, wie z. B. Personal müssen durch ein Reha-Digital-Paket dauerhaft mit 2,6 % des Umsatzes jährlich abgesichert werden.

2.6 Gesetzliche Rahmenbedingungen für KI basierte Leistungsbescheide

Immer mehr Leistungsentscheidungen werden von elektronischen Plattformen maßgeblich beeinflusst. Die Algorithmen unterliegen keiner Prüfung und damit gibt es keine Gewährleistung für die Wahrung von Patientenrechten.

Forderung

Für E-Health-Angebote und digitale Pflege- und Entlassplattformen müssen gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Algorithmen, die über Versorgungsprozesse entscheiden, müssen verbindlich offengelegt werden. Patientenrechte müssen geschützt und Marktpluralität in der rehabilitativ-pflegerischen Weiterversorgung gewährleistet werden.

Die GVG-Facharbeitsgruppe Digitalisierung hat in ihrem Positionspapier Kernanforderungen an eine künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen formuliert, die wir im Sinne unserer Patienten unterstützen. Konkret bedeutet dies, dass KI im Behandlungsprozess nur unterstützend eingesetzt werden darf. Nachvollziehbarkeit der KI-Ergebnisse für Patient und Arzt muss immer möglich sein. Unabdingbar für den Einsatz von KI im Gesundheitswesen sind Verlässlichkeit, Robustheit, Sicherheit vor Manipulation und Fehlfunktionen. Ein jederzeitiges Abschalten muss möglich sein. Nur neutral geprüfte KI darf eine Zertifizierung erhalten, welche Patienten die notwendige Sicherheit gibt. Neben technischen Qualitätskriterien und einer Gewährleistung der Datenqualität muss auch die Einhaltung der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) sichergestellt sein. Für die medizinischen und pflegerischen Nutzer der KI müssen Grundprinzipien und Datengrundlagen der KI nachvollziehbar und transparent sein. Für Patienten sollen barrierefreie Informationen über die eingesetzte KI und dessen Nutzen zur Verfügung stehen. Der Zugang von KI-Anwendungen muss für alle Bürger möglich sein und Benachteiligungen ausgeschlossen sein (z. B. wegen Datenverzerrungen, Datenunvollständigkeit, unlauteren Wettbewerb). Um die Nutzung zu ermöglichen, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die sowohl bei medizinischen Fachpersonal (z. B. durch Integration in die Ausbildung) als auch in der Bevölkerung die Digital- und KI-Kompetenz fördern. Fehler der KI müssen klar dem Verursacher zugeschrieben werden können und ggf. vorhandene Verantwortungslücken im Haftungsrecht Berücksichtigung finden.⁸

⁸ Vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -Gestaltung e.V.: Positionspapier zu Kernanforderungen an eine künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen, unter: <https://gvg.org/allgemein/publikationen/positionen/gvg-facharbeitsgruppe-digitalisierung-position-zu-kernanforderungen-an-eine-kuenstliche-intelligenz-im-gesundheitswesen/> (abgerufen am 31.08.21)

3. CHANCEN VON REHABILITATION NUTZEN

3.1 Eine neue Form der Frühreha für Polytraumapatienten muss geschaffen werden

An der Schnittstelle Krankenhaus – Anschlussrehabilitation geht aktuell noch viel Rehapotenzial bei Polytraumapatienten verloren. Die Fachgesellschaften kritisieren dies seit langem als sog. „Rehaloch“. ⁹

2018 wurden nur 15,4 % der Überlebenden in eine Rehaklinik verlegt, die meisten landen in einer Pflegeeinrichtung oder in häuslicher Pflege. Das bedeutet insbesondere für junge Patienten einen Verlust an Lebenschancen, dafür aber lange Pflegezeiten.

In allen anderen Versorgungsbereichen (außer BG) fallen die Patienten nach der Akutbehandlung mit Frührehabilitation meist in ein sogenanntes „Rehaloch“.

Auch junge Patienten müssen häufig intermittierend zunächst in eine Kurzzeitpflege. Das ist weder menschlich noch ökonomisch vertretbar. Die Rehabilitation wird mindestens verzögert oder wichtige Folgeeingriffe werden ggf. verpasst und der ganze Prozess verzögert sich zum Nachteil der Patienten – und auch der Kostenträger. ¹⁰

Hier besteht dringender Handlungsbedarf! Als mögliche Lösung wird in der aktuellen Studie „REKUP“, die rehabilitative Kurzzeitpflege erprobt und evaluiert. ¹¹

Forderung

Die Versorgungslücke, das Rehaloch für Patienten mit Polytrauma muss dringend geschlossen werden. Für diese Patientengruppe muss eine eigene Form der Frührehabilitation geschaffen werden.

3.2 Anreizprobleme bei GKV-Rehabilitation abschaffen

„Unter Rehabilitationsleistungen sind alle medizinischen Leistungen zu verstehen, die der Abwendung, Beseitigung, Minderung oder dem Ausgleich einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, der Verhütung ihrer Verschlimmerung oder Milderung ihrer Folgen dienen.“ ¹²

Problem: Von Seiten der Krankenkassen bestehen Anreizprobleme proaktiv Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflege anzubieten und zu genehmigen, denn die Kosten für pflegerische Versorgung werden von der Pflegekasse übernommen. Dieser Missstand muss schnellstens behoben werden. Sonst wird weiterhin Reha vor Pflege nicht gelebt. ¹³

Forderung

Finanzielle Anreizprobleme im Bereich der GKV an der Schnittstelle Rehabilitation – Pflege müssen abgeschafft werden.

⁹ Vgl. Aerzteblatt.de (Hrsg.): Kritik an „Reha-Loch“ bei Behandlung Schwerverletzter, unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114351/Kritik-an-Reha-Loch-bei-Behandlung-Schwerverletzter> (abgerufen am 16.07.2021)

¹⁰ Vgl. J. Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhausreport 2021, unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-62708-2.pdf> S.141 ff. (abgerufen am 07.06.21)

¹¹ Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm: REKUP - Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationären Umfeld – ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit, unter: <https://ifr-ulm.de/projekte-laufend/#1595931363424-1c7e3873-c829> (abgerufen am 07.09.21)

¹² Bundesministerium für Gesundheit: Vorsorge und Rehabilitation, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html> (abgerufen am 16.08.21)

¹³ Vgl. Enno Nowossadeck (2018): Rehabilitation (Stuttg) ePub: May 25 DOI 10.1055/a-0603-6864; Einfluss der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation in Deutschland bis 2040, unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0603-6864> (abgerufen am 30.08.21)

3.3 Gesetzliche Krankenkassen (GKV) müssen in medizinische Rehabilitationsleistungen investieren

Die veröffentlichten Daten der GKV zeigen, dass die Einnahmen in der Zeit von 2009–2020 von 172,20 Milliarden Euro auf 260,35 Milliarden Euro also um 51,19 % angestiegen sind. Die Ausgaben für stationäre Rehaleistungen haben in der gleichen Zeit von 0,32 Milliarden Euro auf 0,39 Milliarden Euro also um lediglich 21,9 % und die Ausgaben für stationäre Anschlussrehabilitationen von 1,68 Milliarden Euro auf 1,79 Milliarden Euro also nur um 6,55 % zugenommen. Die Ausgaben für ambulante Anschlussrehabilitationen sind um 28,6 % von 0,07 Milliarden Euro auf 0,09 Milliarden Euro gestiegen. Die Ausgaben für ambulante Rehamaßnahmen sind sogar von 0,04 Milliarden auf 0,03 Milliarden zurückgegangen. Diese Zahlen zeigen deutlich, dass in den Bereich der medizinischen Rehabilitation trotz steigender Gesamtausgaben in der GKV (2009 - 170,78 Milliarden Euro / 2020 - 262,90 Milliarden Euro) in den letzten 11 Jahren nicht ausreichend investiert wurde. ¹⁴

Aktuelle Zahlen aus dem ersten Quartal 2021 zeigen, dass im Vergleich zum ersten Quartal 2020 der Anteil der Ausgaben für Vorsorge- und Rehaleistungen an den Gesamtausgaben der GKV in diesem Zeitraum sogar um 14,1 % gesunken ist. ¹⁵

Brenzlig ist diese Entwicklung, wenn man den demografischen Trend der deutschen Bevölkerung und die damit einhergehende Zunahme an älteren Menschen mit gesundheitlichen Problemen betrachtet. Laut einer Studie aus 2018 steigen die Fallzahlen der GKV in der medizinischen Rehabilitation in der Zeit von 2015 bis 2040 um 25,9 % an. Auf diesen steigenden Bedarf wurde bisher seitens der GKV kaum reagiert, obwohl Rehabilitation dem „ICF-gestützten Ansatz des erfolgreichen Alterns“ entspricht. ¹⁶

Forderung

Wir fordern einen festgelegten Anteil der GKV-Ausgaben für medizinische Rehabilitationsleistungen bzw. ein festes Rehabudget, welches jährlich anhand der Anzahl der Beitragszahler unter Berücksichtigung der Altersstruktur angepasst wird.

¹⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2008-2001, unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2021Bund_Juli_2021.pdf (abgerufen am 16.08.21)

¹⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Finanzentwicklung der GKV im 1. Quartal 2021, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/1-quartal/finanzergebnisse-gkv-2020.html> (abgerufen am 01.09.21)

¹⁶ Vgl. Enno Nowossadeck (2018): Rehabilitation (Stuttg) ePub: May 25 DOI 10.1055/a-0603-6864,; Einfluss der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation in Deutschland bis 2040, unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0603-6864> (abgerufen am 30.08.21)