

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Burkhard Jasper, Gerda Hövel, Martin Bäumer, Christian Calderone und Anette Meyer zu Strohen (CDU)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung

Wie fördert das Land Einrichtungen zur Rehabilitation in Niedersachsen?

Anfrage der Abgeordneten Burkhard Jasper, Gerda Hövel, Martin Bäumer, Christian Calderone und Anette Meyer zu Strohen (CDU), eingegangen am 18.01.2019 - Drs. 18/2631
an die Staatskanzlei übersandt am 23.01.2019

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung vom 22.02.2019

Vorbemerkung der Abgeordneten

Einrichtungen zur Rehabilitation sind wichtige Arbeitgeber in Niedersachsen. Sie verhindern einen vorzeitigen Renteneintritt, vermeiden Pflege, entlasten pflegende Angehörige und sichern Fachkräfte. Nun kritisieren die Einrichtungen die Unterfinanzierung der Reha-Kliniken, die Betriebskosten, Investitionen und Tarifsteigerungen aus dem Vergütungssatz decken müssen. Zudem weisen sie auf steigende Probleme hin, gut ausgebildetes Personal in die Reha-Branche zu lenken.

Vorbemerkung der Landesregierung

Auch aus Sicht der Landesregierung sind Leistungen der Rehabilitation ein wichtiger Bestandteil in der medizinischen Versorgung, um die Gesundheit der Patientinnen und Patienten in vielfältiger Hinsicht zu erhalten. In den einzelnen Sozialversicherungszweigen spielt die Rehabilitation eine wichtige Rolle. Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung dienen Rehabilitationsmaßnahmen dazu, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und einen vorzeitigen Renteneintritt zu verhindern. In der gesetzlichen Unfallversicherung helfen Rehabilitationsleistungen, die gesundheitlichen Folgen eines Arbeitsunfalls zu lindern und Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit zu verhindern. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung dienen die Rehabilitationsleistungen dazu, eine Krankheit zu heilen, die Verschlimmerung zu verhindern oder den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Nach dem Krankenhausplan 2018 gibt es in Niedersachsen 119 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 17 293 Betten. Damit nehmen die niedersächsischen Einrichtungen einen auch bundesweit gesehen wichtigen Anteil an der Versorgung im Bereich der Rehabilitation wahr.

1. Wird es für erforderlich gehalten, die Vergütungssätze für Reha-Kliniken anzuheben, und, wenn ja, welche Aktivitäten plant die Landesregierung, um eine Steigerung zu erreichen?

Die Vergütungssätze für Rehabilitationsleistungen werden im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips direkt zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und den Sozialversicherungsträgern verhandelt (s. z. B. § 111 Abs. 5 SGB V). Auf diese Vergütungsverhandlungen hat die Landesregierung keinen Einfluss.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber außer dem allgemein geltenden Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) keine weiteren Vorgaben für die Vergütungsverhandlungen gemacht. Dadurch ist die Möglichkeit des Wettbewerbes zwischen den Re-

habilitationseinrichtungen hinsichtlich des Leistungsumfanges, der Qualität und des Preises eröffnet. Das Bundessozialgericht (BSG) hat im Urteil vom 23.07.2002 (B 3 KR 63/01 R) klargestellt, dass die Krankenkassen darauf zu achten haben, dass ein vollständiges Leistungsangebot zu möglichst niedrigen Preisen bereitgehalten wird. Des Weiteren sei die Vergleichbarkeit aller Preise mit denen der anderen Anbieter zu gewährleisten, so das BSG.

Nach Auskunft der Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung in Niedersachsen sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit für den Bereich der Rehabilitation im Zeitraum 2013 bis 2017 von 3,05 Milliarden Euro auf 3,46 Milliarden Euro um mehr als 400 Millionen Euro angestiegen.

2. Ist eine Streichung der Grundlohnsummenbildung in § 71 Abs. 2 SGB V sinnvoll?

Die Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung ist eine Folge des allgemeinen Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, welcher auch für andere Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung gilt und nicht nur für den Bereich der Rehabilitation.

Von dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität kann nur in begrenzten Ausnahmefällen abgewichen werden. Dies gilt z. B. dann, wenn die Versorgung der Versicherten gefährdet ist, sofern zu wenig Rehabilitationskapazitäten zur Verfügung stehen.

Nach Auskunft der Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung in Niedersachsen ist dies in der Vergangenheit nicht der Fall gewesen. Zudem verhandeln die einzelnen Krankenkassen individuell mit den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen, wobei dabei die Besonderheiten der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt werden, so die Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung in Niedersachsen.

Der Gesetzgeber hat zudem für den Fall der Nichteinigung im Rahmen der Vergütungsverhandlungen ein Schiedsverfahren (§ 111 b SGB V) vorgesehen, welches einen Interessensausgleich der Vertragsparteien sicherstellt. In den vergangenen vier Jahren ist es in Niedersachsen nach Auskunft der Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung in Niedersachsen zu lediglich sieben solcher Schiedsverfahren gekommen.

3. Gibt es Förderprogramme in Niedersachsen, die auch Reha-Kliniken unterstützen?

Der Landesregierung sind keine Förderprogramme bekannt, welche auch Reha-Kliniken unterstützen.

4. Welche Möglichkeiten sieht die Landesregierung, das Abwandern von Pflegefachkräften aus Reha-Kliniken zu anderen Arbeitgebern im Bereich der Pflege zu verhindern?

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Arbeitsbedingungen in Reha-Kliniken sind aufgrund der Gesetzgebungskompetenz (u. a. SGB V) durch den Bund festzulegen. Im Rahmen des „Pflegepersonalstärkungsgesetzes“ (BR-Drs. 560/18) hat der Bund erste Maßnahmen ergriffen, um die Arbeitsbedingungen in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu verbessern. Niedersachsen hat sich im Rahmen des Bundesratsverfahrens mit einem Entschließungsantrag (BR-Drs. 376/18) dafür eingesetzt, dass der Bund sich ebenfalls für Verbesserungen im Bereich der stationären Rehabilitation einsetzt. Der Bund hat zugesagt, dies entsprechend zu prüfen (BT-Drs. 19/4729, Nr. 38). Die weitere Entwicklung auf Bundesebene bleibt abzuwarten.

5. Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um den Fachkräftebedarf in Reha-Kliniken sicherzustellen?

Siehe Antwort zu Frage 4.

6. Wird das Land im Rahmen des Masterplans oder aus anderen Mitteln die Digitalisierung zur Entlastung des Personals in Reha-Kliniken fördern?

Auch das Land sieht in der Digitalisierung Möglichkeiten, das Personal in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu entlasten. Im Rahmen des Masterplans Digitalisierung sind Mittel für das Themenfeld „Gesundheitsversorgung 4.0“ in Höhe von insgesamt 15 Millionen Euro vorgesehen. Dazu sind folgende Maßnahmen geplant: telemedizinische Projekte, Ambient Assisted Living, Digitalisierung des Notfallmanagementsystems in Krankenhäusern und Digitalisierung in der Pflege. Grundsätzlich wird längerfristig der Aufbau von Infrastruktur mit dem Ziel der Vernetzung und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen angestrebt. Konkrete Projekte, die explizit auf Rehakliniken fokussieren, sind derzeit nicht vorgesehen.

7. Wie steht die Landesregierung der Forderung gegenüber, die Reha-Kliniken in die Pflegeausbildung mit mindestens 160 Stunden zu integrieren?

Nach § 8 Abs. 1 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) vom 17.07.2017 ist der Träger der praktischen Ausbildung für die Durchführung und Organisation der praktischen Ausbildung verantwortlich. Er kann dabei mit Reha-Kliniken kooperieren, wenn dies dem Erreichen des Ausbildungsziels dient. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Änderung der Rechtslage nicht erforderlich.

8. Ist die Übernahme der Trägerschaft für Schulen in Gesundheitsberufen durch Reha-Kliniken sinnvoll?

Ein vielfältiges Angebot von Schulen in Gesundheitsfachberufen trägt dazu bei, attraktive Ausbildungsangebote zu schaffen und den Fachkräftebedarf zu sichern. Insoweit ist die Einrichtung derartiger Schulen an Reha-Kliniken sinnvoll und wird bereits praktiziert.

9. Welche Maßnahmen unternimmt die Landesregierung, um eine Behandlung in einer Reha-Klinik im direkten Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten?

Nach den Regelungen des § 39 Abs. 1 a SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung auch ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Des Weiteren hat der Versicherte einen Anspruch auf Unterstützung dieses Entlassmanagements durch die gesetzliche Krankenkasse. Insofern obliegt es den Krankenhäusern und den gesetzlichen Krankenkassen, u. a. durch ein entsprechendes Entlassmanagement einen direkten Übergang zwischen der Krankenhausbehandlung und der Behandlung in der Reha-Klinik sicherzustellen.

10. Sollte nach Ansicht der Landesregierung der Genehmigungsvorbehalt durch die Kostenträger zugunsten einer ärztlichen Verordnung geändert werden?

Maßgeblich für den Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen einer medizinischen Indikation. Im Rahmen der Antragsbearbeitung sind dabei vielfältige Informationen zu berücksichtigen bzw. zu bewerten. Insbesondere ist durch die Kostenträger zu klären, ob Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose bestehen. Des Weiteren sind im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes gegebenenfalls andere Rehabilitationsträger mit in die Leistungsentscheidung einzubeziehen.

Im Falle einer Anschlussrehabilitation lässt die gesetzliche Krankenkasse anhand des medizinischen Befundberichtes aus dem Krankenhaus das Vorliegen der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüfen. Die gesetzliche Krankenkasse hat dabei auch zu prüfen, ob gegebenenfalls ambulante Rehabilitationsleistungen am Wohnort ausreichend sind.

Bei stationären Rehabilitationsleistungen, welche im Rahmen der ambulanten Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte verordnet werden, besteht ein ähnliches Verfahren. Die gesetzliche

Krankenkasse hat im Rahmen der Antragsbearbeitung bzw. Leistungsentscheidung u. a. auch die Besonderheiten der Rehabilitationseinrichtungen zu berücksichtigen und eine geeignete Einrichtung unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der Versicherten auszuwählen.

Auch ist seitens der gesetzlichen Krankenversicherung gegebenenfalls die Antragsweiterleitung an einen anderen Rehabilitationsträger vorzunehmen.

Diese zum Teil vielfältigen Informationen liegen den Ärztinnen und Ärzten nicht vor.

Auch in der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung sind ähnliche vielfältige Informationen bei der Leistungsentscheidung zu berücksichtigen.

Aus Sicht der Landesregierung hat sich daher der Genehmigungsvorbehalt durch die Kostenträger bewährt.