

Rehabilitation erfordert Handlungsspielräume der Träger

**Untertitel (Bezeichnung des Papiers, z.B. Stellungnahme zu...) Arial 12pt
fett Blocksatz, in Titel Fußzeile 6,5Pt**

6. Dezember 2011

Zusammenfassung

Das Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz verfolgt nachvollziehbare Ziele zur Verbesserung der Versorgung. Statt – wie jetzt geplant – Änderungen im Bereich der Rehabilitation isoliert für den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung vorzunehmen, sollte Rehabilitation trägerübergreifend ausgestaltet werden. Zudem sollten den Krankenkassen nicht vorhandene Steuerungsmöglichkeiten beim Zugang zur Rehabilitation und zur Anschlussbehandlung genommen werden. Der vorgeschlagene Abschluss von Rahmenempfehlungen für Versorgungs- und Vergütungsverträge im Bereich der medizinischen Rehabilitation auf Bundesebene kann dann sinnvoll sein, wenn diese Empfehlungen sich auf Mindeststandards beschränken und ausreichend große Spielräume für die regionale Ausgestaltung der Versorgungskonzepte und der Preise lassen.

Im Einzelnen

Rehabilitation trägerübergreifend gestalten

Die geplanten Änderungen im Bereich der Rehabilitation würden nur für die gesetzliche Krankenversicherung Wirkung entfalten. Isolierte Änderungen für einen Teilbereich der Rehabilitation stünden jedoch in einem Widerspruch zur Notwendigkeit, die Rehabilita-

tion in einem gegliederten System trägerübergreifend auszugestalten. Dieser Ansatz ist gerade erst mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) neu geschaffen worden und würde jetzt bereits wieder aufgegeben. Isolierte Gesetze für einen einzelnen Reha-Träger sind in diesem Zusammenhang sogar hinderlich, da sie die Komplexität des Zugangs zu Reha-Leistungen noch weiter erhöhen. Besser wäre daher ein umfassenderer Gesetzentwurf, der die trägerübergreifende Zusammenarbeit der Reha-Träger in den Fokus nimmt.

Zugang zur Rehabilitation und Anschlussbehandlung steuern

Krankenkassen müssen auch in Zukunft die medizinische Erforderlichkeit von Reha-Maßnahmen prüfen können. Den Zugang zur geriatrischen Rehabilitation und zur Anschlussbehandlung zu verbessern, ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar. Der Systembruch, wonach in Zukunft Ärzte bestimmte Reha-Maßnahmen einfach verordnen können, ist jedoch abzulehnen. Bei der vorgesehenen Regelung entstünde ein Freibrief, der medizinisch nicht sinnvoll ist. Ohne Steuerungsmöglichkeiten für die Krankenkassen kann die Auswahl passgenauer Reha-Maßnahmen von nicht-medizinischen Kriterien überlagert werden, da Ärzte nur bestimmte Maßnahmen direkt verordnen können.



Dringend erforderlich sind daher zumindest klare medizinische Kriterien für eine Verordnung von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation durch den Vertragsarzt, um Fehlansätze zu vermeiden.

Rahmenempfehlungen müssen regionale Gestaltungsspielräume lassen

Die geplanten Rahmenempfehlungen der Krankenkassen und Leistungserbringer für bundeseinheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge der medizinischen Rehabilitation können die Transparenz erhöhen und den Vertragswettbewerb stärken. Um einer angemessenen regionalen Gestaltung Spielräume zu belassen, müssen die bundesweiten Rahmenvorgaben jedoch auf Mindeststandards zur Qualität beschränkt sein und den regionalen Akteuren bei den übrigen Regelungsinhalten ausreichend Gestaltungsspielraum lassen.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de