

**Gemeinsame Resolution von**

**Sozialverband VdK Deutschland e.V., Berlin  
Sozialverband Deutschland e.V., Berlin  
Verbraucherzentrale Bundesverband  
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., Berlin  
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V., Stuttgart**

**Rationierung von medizinischer Rehabilitation beenden!**

Im Vorfeld der in Kürze beginnenden Koalitionsverhandlungen wenden sich die Träger dieser Resolution an die politisch Verantwortlichen für diese Verhandlungen und weisen auf den dringenden Handlungsbedarf hin:

Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen führen dazu, dass Menschen, die dringend auf Rehabilitationsleistungen angewiesen sind, diese nicht erhalten. Der effektive Zugang zu Rehabilitationsangeboten, wie ihn die UN Behindertenrechtskonvention verlangt und wie er aus humanen, die Würde des Menschen sichernden Gründen geboten ist, ist damit nicht gegeben.

Mit einem Dringlichkeits-Appell fordern die Unterzeichner dieser Resolution die Bundesregierung und die sie tragenden Fraktionen im Deutschen Bundestag auf, in dieser Legislaturperiode zügig die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, um

- ein frühzeitiges Ausscheiden dringend benötigter Fachkräfte aus dem Erwerbsleben wegen Erwerbsunfähigkeit zu verhindern und
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuschieben.

Dringender Handlungsbedarf besteht in folgenden Bereichen:

**Niedergelassenen Ärzten ein bedarfsgerechtes Verordnungsverfahren einräumen**

Das derzeitige Genehmigungsverfahren ist zu bürokratisch. Es sieht vor, dass die niedergelassenen Vertragsärzte zunächst bei der Krankenkasse mit einem Formular die Zuständigkeit erfragen müssen. Erst nach ausdrücklicher Zustimmung durch die Krankenkasse darf der behandelnde Vertragsarzt den eigentlichen Rehabilitationsverordnungsdruck ausfüllen, wenn er die dafür vorgesehene Weiterbildung absolviert hat. Diese Verordnung ist allerdings nicht leistungsauslösend, denn der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) prüft abschließend, ob der verordnende Arzt die medizinische Notwendigkeit korrekt

festgestellt hat. Diese Letztentscheidung trifft der MDK allerdings ohne Untersuchung des Patienten lediglich nach Aktenlage. Die Kombination dieses bürokratischen Verordnungsverfahrens mit der fast regelhaften Verneinung der Einschätzung zur medizinischen Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung durch den MDK führt dazu, dass kaum noch Patienten aus der ambulanten Versorgung heraus Rehabilitationsleistungen erhalten. Dieses Verfahren findet nicht die Akzeptanz der Ärzteschaft und der Patienten. Es wird als fehleranfällig und interessengeleitet abgelehnt.

Deshalb stellen die niedergelassenen Ärzte häufig erst gar keinen Antrag mehr. So ist es nicht verwunderlich, dass sich der Anteil der Rehabilitationsausgaben an den GKV-Leistungsausgaben von 1995 bis zum Jahr 2012 von 2 % auf nur noch 1 % halbiert hat. Den betroffenen, chronisch erkrankten oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen bleiben notwendige medizinische Rehabilitationsleistungen versagt. Dadurch nehmen Kosten für Arztbesuche, Medikamente, Operationen und Leistungen der Pflegeversicherung zu, die mit medizinischen Rehabilitationsleistungen hätten verhindert werden können.

Dringend muss deshalb sichergestellt werden, dass alle niedergelassenen Ärzte Rehabilitation verordnen dürfen. Der bürokratische Vorgang, nach dem die Krankenkassen den behandelnden Vertragsärzten in jedem Einzelfall die Ausstellung einer Verordnung von Reha-Leistungen genehmigen, muss abgeschafft werden.

Die vom behandelnden Arzt abweichende Einschätzung des MDK zur medizinischen Notwendigkeit der Rehabilitationsleistung darf nicht ohne persönliche Untersuchung des Patienten erfolgen. Der MDK-Gutachter muss dabei konkrete Behandlungsalternativen und deren zumutbare Verfügbarkeit aufzeigen. Eine regelhafte direkte Kommunikation zwischen den Beteiligten ist vorzusehen.

### **Schnittstellenproblem zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung beseitigen**

Der Grundsatz Reha vor Pflege wird von vielen Krankenkassen nur unzureichend umgesetzt<sup>1</sup>. Experten sehen die Ursache dafür in der Trennung von gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung.<sup>2</sup> Krankenkassen müssen für Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung/Verminderung von Pflegebedürftigkeit aufkommen, profitieren dann aber nicht vom Erfolg der durch die Rehabilitationsleistung vermiedenen/geminderten Pflegebedürftigkeit. Da die Krankenkassen in einem scharfen Wettbewerb um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen stehen, würden sie im eigenen Interesse unwirtschaftlich handeln,

---

<sup>1</sup> vgl. Tätigkeitsberichte des Bundesversicherungsamts 2010 (S. 129f) und 2012 (S. 128) und sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland vom Juni 2010, S. 333f

<sup>2</sup> vergleiche Kurzfassung des Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens 2005, Nummer 96

wenn sie mehr in Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit investieren würden. Günstiger für die Krankenkasse ist es, pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Versicherte an die Pflegeversicherung „abzugeben“. Dieses Vorgehen liegt aber nicht im Interesse der Versicherten. Sie wollen nicht von Pflege und fremder Hilfe abhängig sein. Sie wollen in ihrem eigenen Haushalt möglichst lange selbstständig leben.

Diesem Schnittstellenproblem muss begegnet werden. Wir schlagen hierzu einen finanziellen Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung vor, der den Krankenkassen ihre Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung bzw. Aufschiebung von Pflegebedürftigkeit zurück erstattet. Diese Regelung bietet den Vorteil, dass keine Veränderungen der Zuständigkeiten in den Sozialgesetzbüchern V, IX und XI vorgenommen werden müssen und schnellstens dringend nötige Verbesserungen zu erreichen sind.

### **Abschaffung des Rehabilitationsbudgets in der gesetzlichen Rentenversicherung**

Das derzeitige Budget der Ausgaben für medizinische Rehabilitationsleistungen bei der Rentenversicherung reicht längst nicht mehr, um den steigenden Anteil der älter werdenden und dringend gebrauchten Arbeitskräfte bis zum Eintritt in das Rentenalter im Erwerbsleben halten zu können. Die schrittweise Heraufsetzung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre und die steigenden Erwerbsquoten der über 45-Jährigen wurden beim Rehabilitationsbudget bisher überhaupt nicht berücksichtigt. Damit wird nicht nur eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten verhindert, sondern auch auf wertvolle, bedarfsnotwendige Arbeitskraft in unverantwortlicher Weise dauerhaft verzichtet. Wenn man wirklich Altersarmut wirksam bekämpfen will, darf die Politik nicht zulassen, dass Menschen wegen Krankheit zu früh auf den Bezug von Erwerbsminderungsrenten angewiesen sind. Es muss alles versucht werden, diese Menschen im Job zu halten. Erwerbsminderungsrentner haben ein fünffach höheres Risiko, von späterer Altersarmut betroffen zu sein. Jeder zehnte Empfänger von Erwerbsminderungsrenten ist auf Grundsicherung angewiesen!

Dem Reha-Budget in der gesetzlichen Rentenversicherung fehlt jegliche Steuerungsintelligenz. Ist das Budget auskömmlich bemessen, hat es keinerlei Einfluss auf die Leistungsentscheidungen der zuständigen Rentenversicherungsträger. Sie werden Rehabilitationsanträge nach medizinischen Erfordernissen im Einzelfall bescheiden. Ist das Budget hingegen nicht ausreichend bemessen, bleibt den Rentenversicherern gar keine andere Möglichkeit, als Leistungsanträge, die medizinisch dringend geboten sind, abzulehnen und statt dessen das Risiko viel teurerer Rentenzahlungen einzugehen.

Es ist daher dringend nötig, das 1997 gesetzlich eingeführte Reha-Budget schnellstens wieder abzuschaffen, so dass notwendige Rehabilitationsleistungen auch erbracht werden können. Die Aufwendungen der Rentenversicherung müssen sich am Bedarf orientieren und dürfen nicht nach realitätsfernen Kriterien budgetiert werden. Die Verantwortung für eine bedarfsgerechte und gleichermaßen wirtschaftliche Versorgung mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss bei den Rentenversicherungsträgern selbst liegen. Sie müssen unabhängig vom Reha-Budget die Entscheidung über Rehabilitationsleistungen nach medizinischer Notwendigkeit und Erfolgsaussicht treffen.

Die Resolution ergeht zugleich auch im Namen der Landesverbände folgender Organisationen:

