

## Antwort

### der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Steffen-Claudio Lemme, Bärbel Bas, Elke Ferner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD  
– Drucksache 17/12131 –

### Entwicklung der Versorgung mit medizinischer Rehabilitation

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Ziel medizinischer Rehabilitation ist die Wiederherstellung bzw. Förderung der Teilhabe und Selbstständigkeit kranker und pflegebedürftiger Menschen sowie von Menschen mit Behinderung. Rehabilitative Maßnahmen kommen jenen zugute, die infolge einer Erkrankung, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung Störungen ihrer physischen und psychischen Fähigkeiten aufweisen und daraufhin von sozialer Benachteiligung bedroht sind. Die Maßnahmen sollen Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen oder deren Verschlimmerung verhüten sowie auch eine möglicherweise drohende Pflegebedürftigkeit verhindern.

In unserer vom demografischen Wandel und von einem stetig wachsenden Leistungsdruck am Arbeitsmarkt geprägten Gesellschaft ist eine umfassende Strategie zur Sicherstellung sozialer Teilhabe und Pflegevermeidung von wachsender Bedeutung. Es konnte in namhaften Studien der Beweis angetreten werden, dass sich Investitionen in Rehabilitation volkswirtschaftlich auszahlen. Für jeden in Rehabilitation investierten Euro gewinnt die Gesellschaft schon heute durch reduzierte Krankheitstage und gewonnene Berufstätigkeitsjahre bis zu 5 Euro.

Mittlerweile zählen wir in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt über 1 200 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit einem Umsatz von rund 8 Mrd. Euro. 120 000 Beschäftigte versorgen über 2 Millionen Patientinnen und Patienten jährlich. Insgesamt über 75 Prozent der Einrichtungen konzentrieren sich dabei in ländlichen Gebieten. Sie stellen hier einen nicht zu unterschätzenden Wirtschaftsfaktor dar.

Veränderte Rahmenbedingungen haben die damalige Bundesregierung aus SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bereits vor über zehn Jahren zur Schaffung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) veranlasst, in welchem die medizinische Rehabilitation eine zentrale Stellung einnimmt. Ein entwicklungsbedingter Anstieg der Bedarfe an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen hat außerdem dazu geführt, dass die damalige Bundesregierung aus CDU, CSU und SPD die medizinische Rehabilitation im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wett-

**\* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.**

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 4. Februar 2013 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

bewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) zur Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung erhoben hat. Die Rahmenbedingungen für die Versorgung mit rehabilitativen Leistungen verändern sich aber weiter, was den Weiterentwicklungsdruck kontinuierlich aufrechterhält. Prognosen beziffern den Anstieg des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation bis zum Jahr 2020 auf bis zu 11 Prozent. Nur eine politische Strategie, die umfassend auf vielseitige Versorgungsaspekte und Determinanten von Rehabilitation abhebt, wird die Versorgung zukunftsfähig machen.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP wurden einige Maßnahmen für den Bereich der Rehabilitation angekündigt. Hiernach sollten die individuellen Wahlmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten erweitert, die Transparenz und Orientierung über das Leistungsangebot sollte erhöht werden und darüber hinaus wurde der Ausbau von Mehrkostenregelungen erwogen.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Leistungsbereich der medizinischen Rehabilitation ist in Zeiten zunehmender chronischer Erkrankungen und der steigenden Lebenserwartung der Menschen für die Gesundheitsversorgung von besonderer Bedeutung. Die Bundesregierung ist davon überzeugt, dass sich Leistungen der Rehabilitation insgesamt für die Gesellschaft positiv auszahlen und auch volkswirtschaftlichen Nutzen bringen. In diese Richtung weisen zahlreiche Studien. Die Leistungen der Rehabilitation und ihr Nutzen für die Gesellschaft stehen in Zusammenhang mit den verschiedenen Zielen der Rehabilitationsträger. So ist Ziel der Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) die Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten. Daraus folgend sollen die Versicherten länger im Erwerbsleben verbleiben und die Zahlung von Erwerbsminderungsrenten möglichst vermieden werden. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geht es im Hinblick auf die Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung insbesondere um die Vermeidung, die Verminderung oder die Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

Die 1 233 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die mit rd. 119 000 Beschäftigten im Jahr 2011 ca. 1,9 Millionen Patienten betreuten, haben einen besonderen wirtschaftlichen Stellenwert, weil hierdurch Arbeitsplätze geschaffen werden und erhalten bleiben. Gesundheitspolitisch liegt das Hauptaugenmerk von Rehabilitationsleistungen auf einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung der Patientinnen und Patienten gemäß deren jeweiligen Bedarfen. Hierbei sind auch ambulante, wohnortnahe Möglichkeiten der Integration von Rehabilitationsleistungen in den Lebensalltag der Versicherten angemessen zu berücksichtigen.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP wird der Stellenwert qualifizierter medizinischer Rehabilitation hervorgehoben. Als Ziele werden eine bessere Abstimmung von Prävention, Rehabilitation und Pflege und eine verbesserte Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ genannt. Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern sollen behoben werden. Außerdem sollen bei Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen Schiedsstellen eingerichtet werden.

1. Welche konkreten Maßnahmen hat die Bundesregierung mit Blick auf ihre politischen Ziele im Bereich der Rehabilitation in dieser sich dem Ende neigenden Legislaturperiode jenseits der dauerhaften Finanzausstattung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) ergriffen, auf die sie in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE

GRÜNEN – Stand und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation (Bundestagsdrucksache 17/1827) – verweist?

Eines der wesentlichen Ziele des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) vom 23. Oktober 2012 ist es, die Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zu verbessern. Hierzu werden die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation gestärkt (vgl. Antwort zu Frage 6a).

Um pflegende Angehörige zu unterstützen, wird im Recht der GKV ausdrücklich betont, dass ihre besonderen Belange bei anstehenden Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu berücksichtigen sind. Zudem können auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen stärker als bisher in die Versorgung pflegender Angehöriger mit Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen einbezogen werden, soweit sie dazu geeignet sind.

Durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 28. Juli 2011 wurde im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Schiedsstellenverfahren für Versorgungsverträge im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation eingeführt, um den Interessenausgleich zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und den Krankenkassen zu unterstützen.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 wurde zur Gleichstellung der ambulanten mit stationären Rehabilitationseinrichtungen der Abschluss einheitlicher Versorgungsverträge über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen vorgesehen. Außerdem wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz für die ambulante Rehabilitation ein Schiedsverfahren zu Vergütungsverträgen wie im Bereich der stationären Rehabilitation vorgesehen.

Um Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zu überwinden, ist mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eine Konkretisierung des Entlassmanagements erfolgt. Es wurde klargestellt, dass das Entlassmanagement Teil der Krankenhausbehandlung ist, um die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten und die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen sowie mit der Pflege zu verbessern.

Zur Stärkung des Wettbewerbs der Krankenkassen können die Krankenkassen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ihren Versicherten über die gesetzlich festgeschriebenen Leistungen hinaus in bestimmten Bereichen, u. a. bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, zusätzliche Satzungsleistungen anbieten, um besonderen Bedarfen ihrer Versicherten entgegenkommen zu können.

Im Hinblick auf vielseitige Kritik an der Bewilligungspraxis der Krankenkassen bei der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (Mutter-/Vater-Kind-Leistungen) haben sich die Verbände der Krankenkassen und Einrichtungen Ende Januar 2012 auf eine überarbeitete Fassung der für die Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei der Prüfung der Anträge maßgebenden „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“ und auf Umsetzungsempfehlungen verständigt.

Mit dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juli 2012 ist die versicherungsrechtliche Absicherung der Spender von Organen oder Geweben klar geregelt und verbessert worden. Nunmehr ist ausdrücklich geregelt, dass der Spender gegen die Krankenkasse des Empfängers von Organen oder Geweben einen Anspruch auf nach der Organ- oder Gewebeentnahme erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat.

- a) Welche Bedeutung bzw. welcher Stellenwert kommt nach Informationen der Bundesregierung der Beratung in Sachen medizinischer Reha-

bilitation im Rahmen der Unabhängigen Patientenberatung zu, und welche Bilanz zieht die Bundesregierung bisher für diesen speziellen Beratungsaspekt?

Wie stellt sich darüber hinaus für die Bundesregierung die Beratungstätigkeit der Rehabilitationsträger im Rahmen der Gemeinsamen Servicestellen aktuell dar, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem „Dritten Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen nach § 24 Abs. 2 SGB IX“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vom 16. Februar 2011?

Mit Blick auf welche konkreten Erkenntnisse des Berichts sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf?

Zur Bedeutung der medizinischen Rehabilitation im Rahmen des Beratungsgeschehens der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) lassen sich zurzeit keine gesicherten Aussagen machen. Das für eine vertiefte Erfassung des Beratungsgeschehens erforderliche Dokumentationssystem wurde nach Start der UPD erst erarbeitet und befindet sich seit April 2012 im Regelbetrieb. Zur Zeit ist nur ein Rückgriff auf einen Datensatz für ein halbes Jahr möglich. Danach sind Fragen der medizinischen Rehabilitation im Beratungsgeschehen von untergeordneter Bedeutung, zumal teilweise auch an die Gemeinsamen Servicestellen verwiesen wird, denen hier die speziellere Aufgabe zukommt.

Als Folge aus dem Dritten Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 16. Februar 2011 haben die in der BAR vertretenen Rehabilitationsträger die bestehende Rahmenempfehlung für die Gemeinsamen Servicestellen um eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung ergänzt, die am 1. Januar 2013 wirksam wurde.

Die Vereinbarung legt gemeinsame Standards für die Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen fest, insbesondere Standards für gute und qualitätsgesicherte Beratung vor allem zum Persönlichen Budget und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Für die Einhaltung der Qualitätsstandards sind die Träger der Gemeinsamen Servicestellen verantwortlich. Weitere Ziele der Qualitätssicherung sind die effizientere Einzelfallbearbeitung, die Steigerung der Kundenzufriedenheit sowie die Erhöhung des Bekanntheitsgrades der Gemeinsamen Servicestellen.

Darüber hinaus unterstützt die BAR die Vorbereitung und den Aufbau eines trägerübergreifenden Wissensportals insbesondere für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen und der Rehabilitationsträger mit dem Ziel einer strukturierten und nachhaltigen Weiterentwicklung trägerübergreifender (Online-)Beratungsangebote.

- b) Welche konkreten Maßnahmen hat die Bundesregierung in der zweiten Hälfte dieser Legislaturperiode ergriffen, um die im Koalitionsvertrag angekündigten Wahlmöglichkeiten bei Rehabilitationsmaßnahmen der Patientinnen und Patienten über das bisherige Maß hinaus zu erweitern?

Bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei der Ausführung der Leistungen hat der Rehabilitationsträger nach § 9 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen. Dabei muss er auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Versicherten Rücksicht nehmen. Wenn den Wünschen der Versicherten nicht entsprochen wird, muss dies durch Bescheid begründet werden (§ 9 Absatz 2 SGB IX).

Im Bereich der GKV gilt zusätzlich nach § 40 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), dass Versicherte stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in nach § 20 Absatz 2a SGB IX zertifizierten Rehabilitationsein-

richtungen durchführen lassen können, die keinen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. In diesen Fällen haben die Versicherten dadurch entstehende Mehrkosten selbst zu tragen.

Über die gesetzlich festgeschriebenen Leistungen hinaus können die Krankenkassen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ihren Versicherten seit dem 1. Januar 2012 u. a. im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nach § 11 Absatz 6 SGB V ergänzende Leistungen anbieten. Mit den zusätzlichen Satzungsleistungen können die Krankenkassen dem Bedarf ihrer Versicherten weiter entgegenkommen und sich stärker als bisher im Wettbewerb profilieren. Die Leistungen sind in den Satzungen der Krankenkassen unter Festlegung hinreichender Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die Krankenkassen haben hier nach der Gesetzesbegründung einen weiten Gestaltungsspielraum.

- c) Welche konkreten Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die Transparenz in Sachen Leistungsangebot bei Rehabilitation für die Patientinnen und Patienten über das bisherige Maß hinaus zu erhöhen?

Die in der Antwort zu Frage 1a dargestellten Beratungsmöglichkeiten dienen dazu, Transparenz für die Versicherten über die bestehenden Möglichkeiten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu schaffen.

Durch das PNG werden die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation gestärkt (vgl. Antwort zu Frage 6a).

- d) In welchem Umfang und für welche konkreten Leistungen plant die Bundesregierung den angekündigten Ausbau von Mehrkostenregelungen im Bereich der Rehabilitation bis zum Ende der Legislaturperiode?

In der Antwort zu Frage 1b wurde auf die im Bereich der GKV bestehende Mehrkostenregelung nach § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V hingewiesen. Weitere Gestaltungsmöglichkeiten ergeben sich für die Krankenkassen durch die durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführte Möglichkeit von Satzungsregelungen nach § 11 Absatz 6 SGB V.

2. Wie bewertet die Bundesregierung die von ihr in der Antwort auf die Kleine Anfrage (Bundestagsdrucksache 17/1827) unter Frage 3a veröffentlichten Zahlen zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen im Jahresverlauf?
- a) Welche Ursachen macht die Bundesregierung für den hier augenscheinlichen Rückgang von Rehabilitationsfällen verantwortlich?

Aus den Daten der aktuellen amtlichen GKV-Statistik geht hervor, dass die Zahl der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen, die von der GKV zu tragen sind, nach dem in der Antwort auf die Kleine Anfrage (Bundestagsdrucksache 17/1827) genannten Rückgang im Jahr 2008 bis zum Jahr 2011 auf insgesamt rd. 738 000 Fälle angestiegen ist. Belastbare Erkenntnisse über mögliche Ursachen für diese Entwicklung liegen der Bundesregierung nicht vor.

Aktuelle Daten zur Entwicklung der Fallzahlen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für das Jahr 2012 liegen noch nicht vor. Allerdings sind die Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im 1. bis 3. Quartal 2012 insgesamt wieder um 2,2 Prozentpunkte angestiegen, im Bereich der Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen sogar um 13 Prozentpunkte.

- b) Verfügt die Bundesregierung zum jetzigen Zeitpunkt über statistisches Material zum Grad der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach verschiedenen Bedarfs- bzw. sozialen Gruppen?

Wenn nein, erachtet die Bundesregierung derartiges statistisches Material für notwendig, und plant sie gegebenenfalls dergleichen in der Zukunft erheben zu lassen?

Informationen über die Inanspruchnahme von Leistungen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland bieten folgende Erhebungen im Rahmen der amtlichen Krankenhausstatistik:

- Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (ab 1991), differenziert nach Arten von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, nach Bundesländern, nach Fachabteilungen sowie
- Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (ab 2003), differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen, nach Fachabteilungen mit der längsten Verweildauer.

Die Daten werden jährlich vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht (Fachserie 12 Reihen 6.1.2 und 6.2.2). Eine Differenzierung der Patientinnen und Patienten sowie der Fälle nach verschiedenen Bedarfs- oder sozialen Gruppen findet im Rahmen der amtlichen Krankenhausstatistik nicht statt.

In den amtlichen Statistiken der GKV werden Rehabilitationsfälle teilweise nach Hauptdiagnosen sowie Alter und Geschlecht erfasst. Die Statistiken der GRV erfassen immer u. a. die Inanspruchnahme nach Hauptdiagnosen, Altersgruppen, Geschlecht, Stellung im Beruf, Wohnort, Staatsangehörigkeit, Familienstand. Aus diesen Daten lässt sich der Grad der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen durch verschiedene Bedarfs- oder soziale Gruppen ausschließlich bezüglich der genannten Merkmale ablesen.

Spezielle Fragestellungen zum Leistungsgeschehen oder zur Inanspruchnahme durch bestimmte soziale Gruppen sollten aus Sicht der Bundesregierung im Rahmen gezielter Studien beantwortet werden. Hinzuweisen ist insbesondere auf den Förderschwerpunkt Rehabilitationsforschung, der von 1998 bis 2007 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung initiiert wurde und unterschiedliche Aspekte des Rehabilitationsgeschehens untersucht hat. Für diese Förderung wurden Bundesmittel in Höhe von 21 Mio. Euro eingesetzt. Die Deutsche Rentenversicherung hat sich in gleicher Höhe an der Finanzierung dieses Schwerpunktes beteiligt. Hinsichtlich aktueller Förderungen wird auf die Antwort zu Frage 11 hingewiesen.

- c) Sieht die Bundesregierung Anhaltspunkte für eine geringere Quote der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bei sozial Benachteiligten in unserer Gesellschaft?

Wenn ja, wie gedenkt die Bundesregierung diesem Umstand entgegenzuwirken?

Es wird auf die Antwort zu Frage 2b, letzter Absatz verwiesen.

- d) Welche konkreten politischen Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um einer individuellen Vermeidung notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen vorzubeugen und demnach die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen an den tatsächlichen Bedarf zu binden?

Auch um die Inanspruchnahme erforderlicher medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen, ist mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eine Konkretisierung des Entlassmanagements erfolgt. Es wurde klargestellt, dass

das Entlassmanagement Teil der Krankenhausbehandlung ist. Die Einzelheiten hierzu werden in Verträgen nach § 112 SGB V geregelt. Dies gewährleistet die Kontinuität der Versorgung wie z. B. die Teilnahme an Rehabilitationsleistungen nach einem Krankenhausaufenthalt und verbessert die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen sowie auch mit der Pflege.

Neben dieser Konkretisierung im Rahmen der Krankenhausbehandlung bleibt die Verpflichtung eines Versorgungsmanagements in § 11 Absatz 4 SGB V für die Leistungserbringer generell bestehen. Versorgungslücken werden so vermieden und nahtlose Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen ermöglicht (vgl. Antwort zu Frage 6d).

3. Welche Bilanz zieht die Bundesregierung nach zehn Jahren Frührehabilitation (§ 39 SGB V) im Rahmen der Krankenhausbehandlung?

Die akutstationäre Krankenhausbehandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Eine ausdrückliche Definition des Begriffs der Frührehabilitation ist im Fünften, Sechsten und Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, SGB VI, SGB IX) nicht enthalten. Der Gesetzgeber hat zu der zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen Regelung der Einbeziehung der Frührehabilitationsmaßnahmen in die akutstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1 SGB V jedoch weiter klargestellt, dass Frührehabilitationsmaßnahmen allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 Absatz 2 Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sind, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten erforderlich sind. Rehabilitationserfolg und Rehabilitationschancen sind um so größer, je frühzeitiger und umfassender Rehabilitationsmaßnahmen einsetzen. Ergänzend verweise ich hierzu auf meine Antwort vom 28. Dezember 2011 auf die Schriftlichen Fragen 148 und 149 des Abgeordneten Steffen-Claudio Lemme im Dezember 2011 (Bundestagsdrucksache 17/8279).

- a) Wie stellen sich für die Bundesregierung die Versorgungsstrukturen mit Abteilungen für Frührehabilitation im Akutkrankenhaus differenziert nach Bundesländern und im Jahresvergleich seit dem Jahr 2001 dar (bitte um Statistik)?

Angaben zur Versorgungsstruktur der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für Frührehabilitation lassen sich den als Anlagen beigefügten Übersichten entnehmen (Anlage 1 zu Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation sowie Anlage 2 zu Betten in der neurologischen Frührehabilitation). Die Übersichten sind entsprechend einer Abfrage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bei der Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG; Stand: Januar 2013) mit dem Ziel einer sachlichen Vergleichbarkeit der Länderangaben erstellt worden, wobei dies auf der Grundlage der von den Ländern zugeleiteten Angaben infolge einer in statistischer und inhaltlicher Hinsicht sehr unterschiedlichen Darstellung nur eingeschränkt möglich war.

- b) Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus ihrem Kenntnisstand, und sieht die Bundesregierung hier die Notwendigkeit, politisch aktiv zu werden, und wenn ja, in welcher Weise?

Wenn nein, warum nicht?

- c) Plant die Bundesregierung im Einvernehmen mit den Ländern gegebenenfalls die Förderung des gezielten Ausbaus der frührehabilitationsmedizinischen Versorgung in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung?

Die Fragen 3b und 3c werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Steuerung und der Aspekt eines etwaigen Ausbaus der frührehabilitationsmedizinischen Versorgung in Akutkrankenhäusern ist Gegenstand der Krankenhausplanung des jeweiligen Landes. Die Länder führen die Krankenhausplanung in originärer Zuständigkeit auf der Grundlage ihrer öffentlichen Aufgabe der bedarfsgerechten Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge eigenverantwortlich durch. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse und Anhaltspunkte dafür vor, dass die Länder den Versorgungskomplex der frührehabilitationsmedizinischen Versorgung in Akutkrankenhäusern unzureichend und unsachgemäß steuern.

- d) Sind der Bundesregierung Informationen bekannt, die darauf schließen lassen, dass Frührehabilitationsmaßnahmen im Akutkrankenhaus als Argument zum Versagen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme durch weitere Rehabilitationsträger genutzt wird?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus einer derartigen Praxis, und welche Maßnahmen wird sie ergreifen, um einer solchen Praxis entgegenzutreten?

Der Bundesregierung sind derartige Informationen nicht bekannt. Medizinische Rehabilitationsleistungen, die an eine Krankenhausbehandlung mit ggf. frührehabilitativen Maßnahmen anschließen, sind indiziert, wenn die medizinischen Voraussetzungen hierfür vorliegen.

- e) Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zur Einbindung der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus in Strukturen der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V vor, und welche Schlüsse zieht sie daraus?

Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V werden autonom zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen. Es besteht keine Meldepflicht beim BMG. Insofern liegen der Bundesregierung nähere Erkenntnisse zur Einbindung der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus nicht vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 6d verwiesen.

4. Ist der Bundesregierung eine mögliche Ineffektivität beim Antragsverfahren für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (Muster 60 und 61) bekannt, oder wurde sie von Seiten der maßgeblichen Akteure auf ein derartiges Problem hingewiesen?
- a) Erachtet die Bundesregierung eine Beschleunigung, Entbürokratisierung bzw. Vereinfachung des Antragsverfahrens für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für notwendig, und wie wird dies begründet?
- b) Wenn ja, wie sieht die dahingehende Strategie unter Einbeziehung der maßgeblichen Akteure aus?

Die Fragen 4a und 4b werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation wird insbesondere von den Ärzteverbänden das zweistufige Antragsverfahren der gesetzlichen Kran-



kenkassen kritisch bewertet und die Einführung eines niederschweligen Antragsverfahrens entsprechend dem Verfahren der GRV befürwortet.

Das Zugangsverfahren zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation muss sicherstellen, dass Versicherte der GKV einen zuverlässigen und unter Berücksichtigung des individuellen Versorgungsbedarfs sach- und zeitgerechten Zugang zu erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Dies setzt aufgrund der gesetzlich vorgesehenen nachrangigen Zuständigkeit der GKV eine schnelle Zuständigkeitsklärung und bei Zuständigkeit der GKV eine qualifizierte Verordnung voraus, die der Krankenkasse eine Entscheidung über den Leistungsanspruch und die Bestimmung von Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie der geeigneten Rehabilitationseinrichtung nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall ermöglicht.

Nach den der Bundesregierung vorliegenden Informationen beraten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung derzeit über mögliche Anpassungen des aktuellen Verordnungsverfahrens mit den Zielsetzungen, das Verfahren weiter zu vereinheitlichen und nach Möglichkeit zu „verschlanken“ sowie notwendige Spezifizierungen (z. B. in Bezug auf die Verordnung von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter) vorzunehmen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Selbstverwaltungspartner insoweit geeignete Lösungen finden.

5. Welche Strukturmaßnahmen zur Stärkung der ambulanten Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen plant die Bundesregierung anknüpfend an die Gleichstellung der ambulanten und stationären Versorgung im GKV-Versorgungsstrukturgesetz?

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden die leistungserbringerrechtlichen Regelungen im Bereich der Rehabilitation der GKV vervollständigt. Mit der Regelung des § 111c SGB V wurde die Gleichstellung der ambulanten mit den stationären Rehabilitationseinrichtungen hergestellt, indem auch für ambulante Rehabilitationseinrichtungen einheitliche Versorgungsverträge vorgesehen sind. Es ist Aufgabe der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen zu schließen. Darüber hinaus plant die Bundesregierung keine weitergehenden Strukturmaßnahmen.

- a) Beabsichtigt die Bundesregierung eine gezielte Stärkung mobiler und aufsuchender Versorgungsformen in strukturschwachen und ländlichen Regionen?
- b) Wenn ja, wie sieht die Strategie der Bundesregierung für diesen Versorgungsbereich im Detail aus?
- c) Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 5a bis 5c werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Regelung des § 111c SGB V umfasst auch Einrichtungen, die mobile Rehabilitationsleistungen erbringen, da diese als eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation anzusehen sind. Die mobile Rehabilitation ist dann angezeigt, wenn z. B. die Rehabilitanden sich nur schwer in fremder Umgebung zurechtfinden und deshalb mit ambulanten und stationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen versorgt werden können. Die mobile Rehabilitation zielt nicht darauf ab, die Versorgung in strukturschwachen oder ländlichen Regionen zu sichern, wenn das Ziel der Rehabilitation ansonsten auch durch stationäre

und ambulante Rehabilitationsangebote erreicht werden kann. Weitergehende Maßnahmen der Bundesregierung sind derzeit nicht geplant.

6. Welche Bedeutung misst die Bundesregierung der geriatrischen Rehabilitation heute bei, und welchen Stellenwert erwartet sie für die Zukunft?

Angesichts der Altersstruktur der in Deutschland lebenden Bevölkerung gewinnt die Geriatrie als das medizinische Fachgebiet für Alterungsprozesse und die präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Aspekte der Erkrankungen alter Menschen immer mehr an Bedeutung. Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird die geriatrische von der indikations-spezifischen (z. B. kardiologischen, neurologischen, orthopädischen) Rehabilitation unterschieden. Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der individuellen Selbstständigkeit und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und schweren Erkrankungen.

Aus Sicht der Bundesregierung können Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die geriatrische Rehabilitation, gerade auch für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen von großer Bedeutung sein. Die praktische Durchsetzbarkeit des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ wurde daher im PNG ebenso wie die Möglichkeiten des Einzelnen, davon Gebrauch zu machen, verbessert.

- a) Welche Anreize bestehen derzeit für Leistungsträger und Leistungserbringer in Bezug auf Rehabilitation, um das Prinzip „Reha vor Pflege“ umzusetzen, und erkennt die Bundesregierung diese Anreize als ausreichend?

Stationäre Pflegeeinrichtungen erhalten einen finanziellen Anreiz, wenn es ihnen gelingt, dass Pflegebedürftige durch eine aktivierende Pflege oder rehabilitative Maßnahmen für mindestens sechs Monate in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft werden. Die Pflegeeinrichtungen erhalten in diesen Fällen von der Pflegekasse einen Anerkennungsbetrag in Höhe von 1 536 Euro. Dieser Betrag entspricht der Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe I und II für die Dauer von sechs Monaten. Aus der Finanzstatistik der sozialen Pflegeversicherung lässt sich für den Zeitraum von Mitte 2008 bis zum 3. Quartal 2012 eine Zahl von rund 3 370 Rückstufungen mit Zahlung eines Anerkennungsbetrages errechnen. Außerdem müssen Krankenkassen den Pflegekassen einen finanziellen Ausgleich in Höhe von 3 072 Euro leisten, wenn sie pflegebedürftigen Versicherten innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erbracht haben.

Das PNG stärkt die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation. Die Pflegekassen werden verpflichtet, Antragstellenden neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Diese erhalten damit konkrete und für sie nachvollziehbare Aussagen über für sie notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, aber auch über die Gründe, die gegebenenfalls einer Rehabilitationsempfehlung entgegenstehen. Damit wird Transparenz geschaffen. Darüber hinaus wird den Pflegekassen eine detaillierte Berichtspflicht über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation aufgegeben. Dies dient auch dazu, auf der Grundlage gesicherter Daten die Durchsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ gezielt fördern zu können.

Mit den Maßnahmen des PNG werden neue Anreize für die Inanspruchnahme und Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation getroffen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

- b) Wie beabsichtigt die Bundesregierung das Primat der Pflegeverhinderung mittels Rehabilitation älterer Patientinnen und Patienten über die Regelungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes hinaus zu stärken?

Das PNG ist am 30. Oktober 2012 in Kraft getreten. Zunächst muss die Wirkung der darin getroffenen neuen Maßnahmen abgewartet und evaluiert werden.

- c) Über welche Daten verfügt die Bundesregierung bezüglich der Dauer von Genehmigungsverfahren für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, und sind in diesem Zusammenhang der Bundesregierung Klagen von Betroffenen bekannt?

Entsprechend der in § 14 SGB IX geregelten Fristen ist über Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Soweit ein Gutachten erforderlich ist, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens. Das Verfahren nach § 14 SGB IX ist seit vielen Jahren etabliert und ist durch die Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Absatz 2 SGB IX seit 2003 trägerübergreifend mit einheitlichen Standards unterlegt.

Für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sind vor allem die gesetzlichen Krankenkassen im Hinblick auf die Zielrichtung der Leistungen Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit zuständig. Insoweit liegen der Bundesregierung keine Statistiken oder andere Informationen zur Dauer der Genehmigungsverfahren vor.

- d) Welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung zu ergreifen, um den anhaltenden Schnittstellenproblemen im Verlauf der Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen entgegenzuwirken,
- zum einen unter dem Aspekt der Vermeidung von Verzögerungen und einer nahtlosen Versorgung zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung und
  - zum anderen unter dem Aspekt eines sektorenübergreifenden Case-Managements bzw. integrierter Versorgungskonzepte?

Insbesondere die Konkretisierung der Informations- und Beratungspflicht der Pflegekassen hinsichtlich empfohlener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation trägt dazu bei, den Zugang des betroffenen Personenkreises zu Rehabilitationsleistungen leichter und schneller zu gestalten. Dabei wird an bereits im Sozialgesetzbuch bestehende Regelungen zur Zusammenarbeit der Träger angeknüpft.

Krankenkassen und Leistungserbringer haben in der GKV vielfältige Möglichkeiten, im Rahmen besonderer Versorgungsformen vernetzte Versorgungskonzepte umzusetzen. Besondere Bedeutung hat dabei die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V, die auf vertraglicher Basis sowohl eine fach- als auch eine sektorenübergreifende Versorgung sowie die Einbeziehung der Pflegeversicherung ermöglicht.

Um Schnittstellenprobleme zu überwinden, ist darüber hinaus mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eine Konkretisierung des Entlassmanagements erfolgt. Es wurde klargestellt, dass das Entlassmanagement Teil der Krankenhausbehandlung ist. Die Versicherten haben hierauf einen durchsetzbaren Anspruch.

Die Einzelheiten hierzu werden in Verträgen nach § 112 SGB V geregelt. Dies gewährleistet die Kontinuität der Versorgung und verbessert die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen sowie auch mit der Pflege.

Neben dieser Konkretisierung im Rahmen der Krankenhausbehandlung bleibt die Verpflichtung eines Versorgungsmanagements in § 11 Absatz 4 SGB V für die Leistungserbringer generell bestehen. Versorgungslücken werden so vermieden und nahtlose Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen ermöglicht.

7. Erachtet es die Bundesregierung gemäß ihrer Antwort zu Frage 3b zum Thema geriatrische Rehabilitation in der besagten Kleinen Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 17/1827) für notwendig, in Zukunft Statistiken zum Umfang der Bewilligungen geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen erheben zu lassen?
  - a) Wenn ja, wann wird die Bundesregierung eine Statistikpflicht für diesen Versorgungsbereich gesetzlich regeln?
  - b) Wenn nein, mit welcher Begründung?

Die Fragen 7a und 7b werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Am 14. Januar 2013 hat das BMG einen Erlass zur Änderung des Kontenrahmens und der amtlichen Statistik der GKV veröffentlicht. Dieser Erlass beinhaltet eine neue Fallzählung der amtlichen Statistik KG5. In dieser Statistik werden unter anderem die Fälle der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen gezählt. Ab dem Jahr 2014 werden diese Fälle nach ausgewählten Diagnosen gesondert erfasst, hierzu gehört auch die Erfassung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen. Weiterer Regelungsbedarf wird daher nicht gesehen.

8. Welche Maßnahmen erachtet die Bundesregierung für notwendig, um die Qualität der Versorgung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen weiter zu erhöhen und gegenüber einem sich verschärfenden Preiswettbewerb mehr Gewicht zu verleihen?

Im Bereich der GKV ist es Aufgabe der in § 137d SGB V genannten Vereinbarungspartner, die erforderlichen und geeigneten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu bestimmen. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass die Vereinbarungspartner in diesem Bereich ihre Aufgaben nicht ausreichend wahrnehmen.

Die GRV hat zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten ein besonderes Interesse daran, die Rehabilitationsleistungen kontinuierlich zu verbessern. Sie hat daher bereits im Jahr 1994 mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms für die medizinische Rehabilitation begonnen. Seit 1997 hat sie dieses für alle Träger der Rentenversicherung verpflichtend eingeführt und entwickelt es stetig weiter.

9. Welche Daten bzw. statistischen Materialien liegen der Bundesregierung zur Entwicklung der Tagessätze in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen deutschlandweit und unterschieden nach den verschiedenen Bundesländern vor (bitte um Statistik)?

In der GRV liegen die Tagessätze der von ihr belegten Rehabilitationseinrichtungen bundesweit vor. Eine Unterscheidung nach Bundesländern erfolgt nicht.

Die Daten stehen differenziert für einzelne Indikationen zur Verfügung. Für 2011 ergeben sich bei den einzelnen Indikationen nachfolgende Bandbreiten der Tagessätze (vertraglich zwischen den Trägern der Deutschen Rentenversicherung und den Rehabilitationseinrichtungen vereinbarte Pflegesätze). Bei der Ermittlung der Bandbreiten wurden Fälle besonders leichter und schwerer Behandlungen herausgenommen, um Verzerrungen zu vermeiden.

Indikation	Bandbreite der Tagessätze
Orthopädie	103,30 Euro bis 121,81 Euro
Kardiologie	103,84 Euro bis 146,61 Euro
Gastroenterologie	105,06 Euro bis 122,15 Euro
Pneumologie	101,80 Euro bis 120,14 Euro
Onkologie	105,75 Euro bis 125,42 Euro
Urologie	107,47 Euro bis 129,05 Euro
Sucht	95,94 Euro bis 119,20 Euro
Psychosomatik	116,25 Euro bis 130,23 Euro
Neurologie	138,73 Euro bis 169,00 Euro
Dermatologie	95,47 Euro bis 120,14 Euro
Sonstige Krankheiten	104,99 Euro bis 146,27 Euro

Für den Bereich der GKV liegen der Bundesregierung keine statistischen Daten zur Entwicklung und der unterschiedlichen Höhe sowie den Bestandteilen der Tagessätze in der stationären Vorsorge und Rehabilitation vor. Die jeweilige konkrete Höhe und die Leistungsbestandteile der Tagessätze fallen ausschließlich in die Vertragskompetenz der Vertragsparteien „vor Ort“ nach § 111 Absatz 5 SGB V (Krankenkasse und Träger der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung). Eine Meldepflicht zu diesen „vor Ort“ vereinbarten Tagessätzen besteht nicht.

- a) Wie bewertet die Bundesregierung etwaige Unterschiede?

Im Bereich der GRV bestehende Unterschiede in den Tagessätzen zwischen den Indikationen bzw. auch innerhalb der einzelnen Indikationen sind insbesondere auf unterschiedliche Kostenstrukturen der jeweiligen Einrichtungen, die Lage der Einrichtungen und auf Art und Schwere der jeweiligen Erkrankungen und ihre erforderlichen Behandlungen zurückzuführen.

Nach dem Recht der GKV werden stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch einheitliche Versorgungsverträge auf Landesebene zur Leistungserbringung in der GKV zugelassen (§ 111 Absatz 2 SGB V), während die Vergütungen zwischen den (einzelnen) Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ohne staatliche Einwirkungsmöglichkeit frei vereinbart werden (§ 111 Absatz 5 SGB V). Die Krankenkassen können einzeln oder gemeinsam verhandeln. Maßstab ist dabei eine an den Leistungen orientierte Preisgestaltung, die besonders für solche Einrichtungen vorteilhaft ist, die in der Lage sind, einen hohen Versorgungsstandard kostengünstig anzubieten. Dabei ist der Grundsatz der Beitragsstabilität gemäß § 71 Absatz 1 SGB V zu beachten.

Das SGB V enthält jedoch keine spezifischen gesetzlichen Vorgaben für die Inhalte der Vergütungsvereinbarungen nach § 111 Absatz 5 SGB V. Eine Genehmigung der vereinbarten Vergütung durch das Land ist im Übrigen – anders als im Krankenhaussektor – nicht vorgesehen. Die Regelung der Landesschiedsstelle nach § 111b SGB V ermöglicht es den Vertragspartnern der zweiseitigen Vergütungsvereinbarungen nach § 111 Absatz 5 SGB V (Krankenkasse und Träger der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung) jedoch im

Falle der Nichteinigung die Landesschiedsstelle anzurufen. Die Anrufung der Landesschiedsstelle stellt ein geeignetes Instrument bei Konflikten der Vertragspartner über die Höhe der Vergütung und der Kosten stationärer medizinischer Rehabilitation dar, das auf die Durchsetzung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung abzielt.

- b) Welche Höhe von Tagessätzen erachtet die Bundesregierung nach ihren Informationen als kostendeckend?

Hierzu kann keine Aussage getroffen werden, da in den Einrichtungen sehr unterschiedliche Kostenstrukturen vorliegen.

- c) Sind die in den Tagessätzen enthaltenen Aufwendungen für Arzneimittel – insbesondere mit Blick auf Krebstherapien – nach Einschätzung der Bundesregierung kostendeckend, und kann die Bundesregierung Aussagen zur Entwicklung des Anteils für Arzneimittel an den Tagessätzen im Zeitverlauf machen (bitte um Statistik)?

Hierzu liegen für die GRV sowie die GKV keine Daten vor.

10. Mit welchen spezifischen Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung dem aufgrund des steigenden Bedarfs drohenden Fachkräftemangel in der Rehabilitationsversorgung zu begegnen?

Die Daten des Statistischen Bundesamtes zu Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen weisen unter anderem Angaben zu den Berufsgruppen

- Krankengymnastinnen/Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten,
- Logopädinnen/Logopäden sowie
- Beschäftigungs-/Arbeits- und Ergotherapeutinnen, Beschäftigungs-/Arbeits- und Ergotherapeuten

aus, die der folgenden Tabelle zu entnehmen sind:

Personalgruppe/ Berufsbezeichnung	1991	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Krankengymnasten, Physiotherapeuten	3 729	8 900	8 811	9 045	9 477	9 846	9 940	10 173	10 163
Logopäden/-innen	207	781	843	821	846	874	884	859	870
Beschäftigungs-/ Arbeits- und Ergo- therapeuten	1 444	3 079	3 223	3 318	3 446	3 584	3 655	3 741	3 799

Hieraus ist erkennbar, dass die Beschäftigtenzahl sich seit 1991 in den Einrichtungen mehr als verdoppelt hat.

- a) Welches statistische Material liegt der Bundesregierung zur Entwicklung der Berufsabschlüsse in den Bereichen Logo-, Ergo- und Physiotherapie vor, und erachtet die Bundesregierung diese Zahlen als ausreichend vor dem Hintergrund der angesprochenen Entwicklung?

Die Ausbildungen in Berufen des Gesundheitswesens werden im Zusammenhang mit dem jährlichen Berufsbildungsbericht erfasst. Darin zeigt sich für die Berufe der Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten bezogen auf die letzten beiden Jahre ein geringfügiger Rückgang bei den Schülerzahlen. Allerdings liegen die Zahlen in der Physiotherapie und Logopädie immer noch

über den Zahlen von 2002/2003. Nach Auffassung der Bundesregierung erklärt sich der Rückgang der Schülerzahlen dadurch, dass die Ausbildungsinteressenten, auch bedingt durch die Zunahme entsprechender Angebote sowie die Möglichkeit der Teilnahme an modellhaften Erprobungen, die in den Berufsgesetzen für Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vorgesehen sind, zunehmend eine Qualifikation auf akademischem Niveau anstreben. Insgesamt erachtet die Bundesregierung die Ausbildungszahlen in den in Frage stehenden Berufen daher nach wie vor als ausreichend.

- b) Welches Zahlenmaterial liegt der Bundesregierung zur Einkommenssituation von Logo-, Ergo- und Physiotherapeutinnen/-therapeuten vor, und wie bewertet die Bundesregierung etwaige regionale Unterschiede?
- c) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Entwicklung der Einkommen dieser drei Berufsgruppen in den vergangenen zehn Jahren?

Die Fragen 10b und 10c werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung zur Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Situation der Heilmittelerbringung in Deutschland“, Bundestagsdrucksache 17/8116, Frage 5 verwiesen. Hiernach lassen die vorhandenen Statistiken eine Antwort in der gewünschten Differenzierung nicht zu.

11. In welchem Umfang betreibt die Bundesregierung gezielte Forschungsförderung in Sachen Evaluation der Wirksamkeit von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, um eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung von medizinischer Rehabilitation zu unterstützen?

Im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung können Fördergelder für Forschungsvorhaben im Bereich der medizinischen Rehabilitation vor allem im Bereich der Versorgungsforschung beantragt werden. Zahlreiche Projekte befinden sich in der Förderung.

Die Fördermaßnahme zur „Versorgungsnahen Forschung – Patientenorientierung und chronische Krankheiten“ zielt auf die langfristige Wirksamkeit der Versorgungsleistungen durch Einbezug und aktive Beteiligung chronisch kranker Menschen in ihre Versorgung. Neben sektorenübergreifenden Aspekten zur rehabilitativen und medizinischen Versorgung sind explizit auch Projekte mit besonderer Relevanz für die Rentenversicherung in der Förderung. Fragen der Wirksamkeit und Umsetzbarkeit spielen dabei eine besondere Rolle. Damit tragen diese Projekte auch zu einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Rehabilitation bei. Gemeinsame Träger der Fördermaßnahme sind das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und der Verband der privaten Krankenversicherung. Darüber hinaus wird die Maßnahme vom BMG und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales mitgetragen. Insgesamt werden und wurden 75 Projekte gefördert.

Im Zeitraum 2008 bis 2014 stellen die Förderer etwa 21,5 Mio. Euro zur Verfügung. Das BMBF trägt etwa die Hälfte der Fördermittel.

Darüber hinaus sind Forschungsvorhaben zur rehabilitativen Versorgung grundsätzlich auch im Rahmen der „Richtlinien zur Förderung von Studien in der Versorgungsforschung“ möglich. Aktuell findet das Begutachtungsverfahren der zweiten Runde der Fördermaßnahme statt, in deren Rahmen Projekte zu den Themen Lebensqualität und Patientensicherheit gefördert werden sollen. Hier

sind Projektvorschläge aus dem Bereich der rehabilitativen Versorgung zu erwarten.

Im Rahmen der Ressortforschung des BMG wird aus Mitteln des „Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ derzeit die Ausschreibung für eine Studie „Reha für pflegende Angehörige“ vorbereitet. Es sollen Best-Practice-Ansätze ausgewählt und deren Wirkung evaluiert werden. Dabei soll Angehörigen von Pflegebedürftigen, die deren Pflege übernommen haben, neben medizinischer Rehabilitation für die eigene Person, auch die Betreuung der Gepflegten und eine Schulung für eine „richtige“ und weniger belastende Pflege angeboten werden.

- a) Gedenkt die Bundesregierung gegebenenfalls die Förderung gezielt auszubauen, um dem Trend einer zunehmend individualisierten Versorgung Rechnung zu tragen?

Es gibt Bestrebungen, die gemeinsame Forschungsförderung mit den Sozialversicherungsträgern über die bestehende Maßnahme hinaus fortzuführen. Aktuelle Fragestellungen der Rehabilitation werden dabei angemessen berücksichtigt.

Darüber hinaus wird im „Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ des BMG in der internen Haushaltsplanung 2014 ff. ein Projekt „Reha im Pflegeheim“ geplant. In einer Studie sollen Organisation und Wirksamkeit der Reha-Maßnahmen bei Pflegeheimbewohnern untersucht werden.

- b) Welchen Stellenwert nimmt hierbei sowohl der wachsende Anteil der ambulanten Versorgung als auch die Kombination aus ambulanten und stationären Phasen von Rehabilitation ein?

Bereits jetzt können im Rahmen des vom BMBF und den Sozialversicherungsträgern geförderten Schwerpunktes „Versorgungsnahe Forschung – Patientenorientierung und chronische Krankheiten“ Vorhaben sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor beantragt und durchgeführt werden. Auch sektorenübergreifende Fragestellungen sind Gegenstand einzelner Projekte.

- c) Welche Informationen hat die Bundesregierung über den Umfang der Ausbildung speziell auf dem Gebiet der geriatrischen Rehabilitation an Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland (bitte nach Bundesländern aufgeschlüsselt)?

Hierzu liegen dem BMBF keine vollständigen bzw. hinreichend differenzierten Informationen vor.



**Anlage 1**

zur Antwort der Bundesregierung auf die Frage 3a der Kleinen Anfrage zur Entwicklung der Versorgung mit medizinischer Rehabilitation – BT-Drs. 17/12131

Einrichtungen der neurologischen Früh-Rehabilitation												
Land	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Baden-Württemberg	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Bayern	19	21	25	25	25	25	25	25	25	25	25	26
Berlin	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Brandenburg	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Bremen	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hamburg	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	6	6
Hessen	22	22	22	22	27	27	27	27	27	28	28	27 <sup>1</sup>
Mecklenburg-Vorpommern	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Niedersachsen <sup>2</sup>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Nordrhein-Westfalen <sup>3</sup>	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Rheinland-Pfalz	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Saarland	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sachsen	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	6
Sachsen-Anhalt	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	2
Schleswig-Holstein	4	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	6
Thüringen	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

<sup>1</sup> wegen Fusionierung eine Abteilung weniger als in den Vorjahren

<sup>2</sup> Ausschließlich auf Früh-Rehabilitation ausgerichtete Fachkliniken. Weitere Häuser mit Früh-Rehabilitations-Betten sind nicht erfasst.

<sup>3</sup> Das Land Nordrhein-Westfalen weist die Früh-Rehabilitation -Phase B - grundsätzlich allen im Krankenhausplan anerkannten Krankenhäusern zu. Darüber hinaus kann die Früh-Rehabilitation im Rahmen des geltenden NRW-Krankenhausplanes als sonstiges Versorgungsangebot bettenführenden Gebieten zugeordnet werden (drei Krankenhäuser mit insgesamt 70 Betten)

Anlage 2

zur Antwort der Bundesregierung auf die Frage 3a der Kleinen Anfrage zur Entwicklung der Versorgung mit medizinischer Rehabilitation – BT-Drs. 17/12131

Betten in der neurologischen Früh-Rehabilitation												
Land	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Baden-Württemberg	220	231	241	251	267	284	296	306	332	347	367	401
Bayern	715	776	863	871	942	934	911	913	929	957	1.013	1.020
Berlin	56	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	60
Brandenburg	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	1.727	1.992	2.097	2.125	2.284	2.582
Bremen	190	190	237	264	264	264	266	269	269	269	269	269
Hamburg	78	78	78	78	78	87	93	119	139	139	207	207
Hessen	1.211	1.211	1.211	1.211	1.411	1.411	1.411	1.411	1.411	1.441	1.641	1.641
Mecklenburg-Vorpommern	50	68	68	98	106	108	112	342	348	348	354	364
Niedersachsen <sup>1</sup>	270	270	280	280	280	210	214	214	217	223	229	234
Nordrhein-Westfalen <sup>2</sup>	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Rheinland-Pfalz	106	106	106	113	113	113	113	113	123	123	143	143
Saarland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	28	28	28	28	28	28	36	36
Sachsen	85	85	85	85	85	85	105	105	255	265	265	290
Sachsen-Anhalt	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	120
Schleswig-Holstein	76	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	165
Thüringen	96	156	156	156	156	156	156	156	156	164	201	218

<sup>1</sup> Nur Betten in ausschließlich auf Früh-Rehabilitation ausgerichteten Fachkliniken. Früh-Reha-Betten in anderen Akut-Krankenhäusern nicht erfasst.

<sup>2</sup> Das Land Nordrhein-Westfalen weist die Früh-Rehabilitation -Phase B – grundsätzlich allen im Krankenhausplan anerkannten Krankenhäusern zu. Darüber hinaus kann die Früh-Rehabilitation im Rahmen des geltenden NRW-Krankenhausplanes als sonstiges Versorgungsangebot bettenführenden Gebieten zugeordnet werden (drei Krankenhäuser mit insgesamt 70 Betten)

elektronische Vorab-Fassung

elektronische Vorab-Fassung