

DEGEMED e.V.
Geschäftsführer
Herrn Christof Lawall
Fasanenstraße 5
10623 Berlin

Berlin, . Juni 2017

Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2017 – Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

Sehr geehrter Herr Lawall,

vielen Dank für die Übersendung Ihrer Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2017, in denen Sie sich auf die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation beziehen.

Die Antworten der CDU/CSU-Fraktion zu Ihren Fragen habe ich als Anlage zu diesem Schreiben beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Karl Schiewerling MdB
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Arbeit und Soziales

Platz der Republik 1
11011 Berlin

T 030. 227-73192
F 030. 227-76538

karl.schiewerling@bundestag.de
www.cducus.de

Wahlkreisbüro

Münsterstr. 23
48249 Dülmen

T 02594/7827131
F 02594/7827133
karl.schiewerling
@wk.bundestag.de

Anlage

1. Frage: Was werden Sie tun, um die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu verbessern?

Antwort: Wir haben in dieser Legislaturperiode viele Menschen erreicht, die auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation angewiesen sind. Mit dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz berücksichtigen wir den Umstand, dass die geburtenstarken Jahrgänge das rehabilitationsintensive Alter ab 45 Jahren erreichen und in den letzten Jahren die Anzahl sowohl der beantragten als auch der bewilligten Leistungen zur Teilhabe (u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) gestiegen ist. Daher haben wir den sogenannten Reha-Deckel angehoben und an die zukünftige demografische Entwicklung angepasst.

Mit dem Flexirentengesetz haben wir zudem den Bereich der Prävention und Rehabilitation insgesamt gestärkt. Die Leistungen zur Teilhabe sind nunmehr gesetzlich als Pflichtleistungen ausgestaltet und werden auch erbracht, wenn der sogenannte Reha-Deckel dadurch überschritten wird. Außerdem haben wir die Leistungen zur Prävention, Nachsorge und Kinderrehabilitation neu geordnet und die Ansprüche gerade auch von Kindern klarer und umfassend gesetzlich geregelt. Unser Ziel ist es dadurch die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu verringern oder ganz zu vermeiden. Zusätzlich sollen die Versicherten gezielter angesprochen werden, wenn für sie Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen.

Auch in der nächsten Legislaturperiode werden wir uns zusammen mit den zuständigen Trägern dafür einsetzen, dass der Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“ weiter gestärkt wird und da wo es notwendig, gesetzliche Änderungen herbeiführen.

2. Frage: Mit welchen Instrumenten werden Sie den gesetzlich verankerten Grundsatz „Reha vor Pflege“ stärken?

Antwort: Wir haben bereits in dieser Wahlperiode im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze die Bedeutung dieses Grundsatzes nochmals gestärkt, in dem z.B. bei dem neuen Begutachtungsverfahren auch Empfehlungen zu Maßnahmen der Rehabilitation gegeben werden sollen. Des Weiteren wollen wir den Bereich der geriatrischen Rehabilitation stärken, indem wir das bestehende Problem an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung so lösen, dass Zuständigkeit und Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen für

Leistungen für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XI auf die Pflegeversicherung übergehen sollen.

3. Frage: Menschen mit Migrationshintergrund nehmen seltener eine medizinische Rehabilitation in Anspruch, obwohl ihr Bedarf ähnlich groß ist, wie bei der deutschen Mehrheitsbevölkerung. Mit welchen Maßnahmen werden Sie dieser Versorgungslücke begegnen?

Antwort: Für die Aufklärung, Auskunft und Beratung der Versicherten sind die jeweiligen Träger der Sozialversicherung vor Ort zuständig. Ihnen obliegt es dabei auch, die Bevölkerung zielgruppengerecht über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären. Wie dies in der Praxis konkret ausgestaltet wird, entscheiden die Träger der Selbstverwaltung eigenständig. Wir werden aber darauf hinwirken, dass insbesondere die Personengruppen über die Leistungen zur Teilhabe aufgeklärt werden, die diese bisher nur unterdurchschnittlich oft in Anspruch nehmen.

4. Frage: Die Zugangshürden zur medizinischen Rehabilitation sind aufgrund der komplexen Antragsverfahren sehr hoch. Welche Möglichkeiten sehen Sie den Zugang einfacher und transparenter zu gestalten?

Antwort: Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist festzuhalten, dass das Antragsverfahren bereits vereinfacht wurde. Zum 01.04.2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss seine entsprechende Richtlinie dahingehend angepasst, dass das bisher zweistufige Antragsverfahren vereinfacht wurde. Seit dem kann jeder Arzt direkt eine medizinische Rehabilitation verordnen. Dies stellt im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung eine deutliche Verbesserung dar, auch wenn die Genehmigung der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkassen weiterhin notwendig ist.

Mit dem Flexirentengesetz haben wir die Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtleistungen ausgestaltet. Diese Leistungen sind daher zwingend zu erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Damit wurde Antrags- und insbesondere das Bewilligungsverfahren bereits deutlich vereinfacht.

5. Frage: Sollte Ihrer Meinung nach die Pflegekasse künftig Träger von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sein?

Antwort: Aus unserer Sicht bedarf die Bereitschaft zur geriatrischen Rehabilitation einer deutlichen Stärkung. Bis heute kommt es an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung immer wieder zu Problemen, die zu Lasten der Versicherten und ihren Angehörigen gehen. Um diese Probleme zu

lösen, sollen Zuständigkeit und Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen für Leistungen für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XI auf die Pflegeversicherung übergehen.

6. Frage: Sollte der Anteil der Reha-Ausgaben der Krankenkassen auf 2 % der Gesamtausgaben fixiert werden, um ein weiteres Absinken dieses Anteils bei steigendem Reha-Bedarf durch den demographischen Wandel zu verhindern?

Antwort: Im Bereich des SGB V stellt die Rehabilitation eine Pflichtleistung dar. Damit ist gewährleistet, dass jeder, der aus medizinischen Gründen Anspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung hat, diese auch erhält. Zur Stärkung der Verhandlungen wurde darüber hinaus eine Schiedsstellenregelung für die Vergütungsverhandlungen aufgenommen, die eine leistungsgerechte Vereinbarung sicherstellt. Eine Festlegung eines Ausgabenwertes halten wir für nicht sachgerecht, da dieser die individuelle Notwendigkeit begrenzen könnte.

7. Frage: Was halten Sie von einer Direktverordnung von Reha-Leistungen durch den Hausarzt?

Antwort: Um den vielfach geäußerten Wunsch der älteren Bevölkerung, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit leben zu können gerecht zu werden, wollen wir die ambulanten Rehabilitationsleistungen weiter ausbauen und das damit verbundene präventive Potential noch stärker nutzen. In diesem Zusammenhang wollen wir prüfen, ob man den Hausarzt befähigen könnte, eine Rehabilitationsverordnung auszulösen. Die Prüfung der Voraussetzungen für die Verordnung könnte im Rahmen einer persönlichen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgenommen werden. Dabei sollte das Verfahren so bürokratiearm wie möglich gestaltet werden.

8. Frage: Sind sie für die Schaffung einer Rechtsgrundlage für verbindliche Rahmenverträge zwischen den gesetzlichen Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer?

Antwort: Zur Klärung der Frage, inwieweit eine Rechtsgrundlage für die verbindlichen Rahmenverträge sinnvoll und förderlich ist, bedarf es zunächst der genauen Abwägung der Interessen der Akteure und der Auswertung durch Experten.

9. Frage: Wie bewerten Sie die ausgewogene Struktur von privaten, öffentlichen und frei-gemeinnützigen Leistungsanbietern in der medizinischen Rehabilitation?

Antwort: Ausgewogene Strukturen sind wichtig. Sie sind nicht nur im Hinblick auf die Trägerstruktur und deren Vielfalt sinnvoll, sie steht auch für einen Wettbewerb um die besten Konzepte.

10. Frage: Was werden Sie tun um dem wachsenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen (insbesondere im ländlichen Raum) zu begegnen?

Antwort: Wir wollen die Attraktivität der Gesundheitsberufe steigern. Dazu gilt es, Potenziale, Kompetenzen und Fähigkeiten der im Gesundheitswesen Tätigen zu stärken und weiterzuentwickeln und im Interesse der Patientinnen und Patienten möglichst optimal einzusetzen. Abgrenzungen zwischen Institutionen und Professionen sind angesichts von Multimorbidität und regionaler Disparität auf ihre Notwendigkeit, Effizienz und Zukunftsfähigkeit zu überprüfen und die Tätigkeiten zugunsten von mehr Kooperation, Delegation und zu neuen Berufsbildern weiterzuentwickeln.

11. Frage: Sollten nach ihrer Meinung die zusätzlichen Leistungen, die Reha Einrichtungen im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Entlassmanagements erbringen, durch die GKV finanziert werden?

Antwort: Im Rahmen des GKV-VSG wurde geregelt, dass Versicherte gegen Einrichtungen der stationären Rehabilitation einen Anspruch auf Entlassmanagement haben. Die Frage der konkreten Vergütung der Leistungen in der stationären Rehabilitation obliegt den Vertragspartner (Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen). Folglich ist auf dieser Ebene zu entscheiden, inwieweit eine zusätzliche Vergütung als notwendig erachtet wird.

12. Frage: Sollte der zusätzliche Aufwand für das gesetzlich geforderte interne Qualitätsmanagement durch die Vergütung kompensiert werden?

Antwort: Es ist zu prüfen, ob dieser Vorschlag förderlich ist.