

1. Freie Klinikwahl unter den zugelassenen Einrichtungen ohne Mehrkostentragung

Versicherte, die eine Reha-Klinik mit Versorgungsvertrag in Anspruch nehmen wollen, die ihre Krankenkasse nicht ausgewählt hat, müssen die sogenannten Mehrkosten zur Hälfte selbst tragen, wenn die Krankenkasse den Klinikwunsch für nicht angemessen erachtet. Im Akutbereich sowie bei Reha-Leistungen der Rentenversicherung gilt ein freies und uneingeschränktes Klinikwahlrecht unter den zugelassenen Leistungserbringern.

BWKG-Forderung: Auch im GKV-Bereich müssen die Versicherten jede geeignete Reha-Klinik mit Versorgungsvertrag wählen können, ohne sich finanziell an den Reha-Kosten zu beteiligen.

2. Direkteinleitung von Reha- und Vorsorgemaßnahmen

Eine Anschluss-Rehabilitation wird direkt nach einer stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt, um die Leistungsfähigkeit im Alltag und Beruf wiederherzustellen. Die DRV-Bund praktiziert seit langem erfolgreich das sogenannte „Direkteinleitungsverfahren“ bei bestimmten Indikationen, das einen zügigen Übergang in die Reha-Versorgung gewährleistet. Anträge auf Anschluss-Reha bei Krankenkassen werden hingegen geprüft.

BWKG-Forderung: Eine ärztlich verordnete bzw. vom Krankenhaus empfohlene medizinische Rehabilitationsleistung darf nicht mehr von den Krankenkassen abgelehnt werden, sondern sollte schnellstmöglich vom Arzt direkt eingeleitet werden.

3. Aufhebung der Budgetierung der Teilhabeausgaben in der Rentenversicherung

In der Rentenversicherung sind die Reha-Ausgaben seit Jahren „gedeckt“, obwohl viele Frühverrentungen durch Reha vermieden werden können. Angesichts der Aufwertung einzelner Leistungsbereiche, wie Kinder-Reha und Prävention, sowie einer möglichen weiteren Verschiebung des Renteneintrittsalters ist ein Festhalten an der Budgetierung widersprüchlich.

BWKG-Forderung: Die im SGB VI geregelte Begrenzung des Teilhabebudgets ist aufzuheben. Alternativ ist das Reha-Budget am voraussichtlichen Teilhabebedarf zu bemessen sowie die limitierende Demografie-Komponente zu streichen.

4. Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten von Reha-Maßnahmen

An qualifizierten Reha-Maßnahmen für ältere Versicherte dürfen die Krankenkassen nicht sparen. Der noch im Arbeitsentwurf zur Reform der sozialen Pflegeversicherung enthaltene Vorschlag, die Pflegeversicherung an den Kosten von Reha-Maßnahmen für ältere Versicherte zu beteiligen, muss dringend wieder aufgegriffen und gesetzlich geregelt werden.

BWKG-Forderung: Die Pflegeversicherung muss an den Kosten von Reha-Maßnahmen für ältere Versicherte beteiligt werden.

5. Berücksichtigung von ganztägig ambulanten Reha-Kliniken

Im SGB V ist festgelegt, dass Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des Gesetzes nur stationäre Einrichtungen sind. Es gibt jedoch keinen sachlichen Grund, warum Einrichtungen, die ausschließlich ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen erbringen, nicht unter den Begriff der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Sinne des SGB V fallen sollten. Durch diese Regelungslücke werden ambulante Rehabilitationseinrichtungen in der Gesetzgebung oft übersehen und erfahren somit Nachteile.

BWKG-Forderung: Die Erweiterung des § 107 Abs. 2 SGB V um ganztägig ambulante Reha-Kliniken ist unbedingt nachzuholen.

6. Finanzierung von Personalkosten

Das Gesetz sieht vor, dass die Zahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen (bzw. entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen) bei Vergütungsverhandlungen zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Diese Formulierung wird von der Rentenversicherung so interpretiert, dass die Zahlung von Vergütungen in gleicher Höhe, ohne dass ein Tarifvertrag zugrunde liegt, nicht berücksichtigt werden muss. Dies führt zu einer existenzbedrohenden Ungleichbehandlung der nicht tarifgebundenen Rehabilitationskliniken, ohne dass es dafür einen rechtfertigenden Grund gibt.

BWKG-Forderung: § 15 Abs. 3 SGB VI und § 38 Abs. 2 SGB IX müssen so angepasst werden, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

7. Reha-Kliniken als Ausbildungsträger zulassen

Die Reha-Kliniken befinden sich im Wettbewerb um qualifiziertes Personal, insbesondere bei den Pflegefachkräften. Sie sind als Ausbildungsträger sehr gut geeignet und wollen auch Verantwortung für die Ausbildung der künftigen Fachkräfte übernehmen. Es ist deshalb unerlässlich, Reha-Kliniken als Ausbildungsträger zuzulassen und sie an der Ausbildungsfinanzierung zu beteiligen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

BWKG-Forderung: Es ist dringend notwendig, das im Koalitionsvertrag formulierte Vorhaben, die Reha-Kliniken an der Pflegeausbildung zu beteiligen, im Pflegeberufegesetz umzusetzen.

8. Übernahme von Digitalisierungskosten, die nicht über die Telematik-Zuschüsse abgedeckt sind

Die Digitalisierung wird in vielen anderen Gesundheitseinrichtungen finanziell gefördert – nur nicht in der Reha. Dabei gibt es im Reha-Bereich viele Anwendungsmöglichkeiten wie z.B. die elektronische Patientenakte (ePA). Um die Digitalisierung in der Reha mit hoher Intensität voranzutreiben, benötigen die Reha-Kliniken eine ausreichende und langfristige Finanzierung der Investitionskosten. Über die Kostenübernahme für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur hinaus besteht ein dringender Investitionsbedarf der Reha-Kliniken in diesem Bereich.

BWKG-Forderung: Es ist ein Digitalisierungszuschlag erforderlich, der die notwendige finanzielle Grundlage für Rehabilitationseinrichtungen schafft, um das Ziel der erfolgreichen Digitalisierung zu erreichen. Für Investitionen in eine moderne und sichere IT und ihren Betrieb sind ausreichend Mittel notwendig.