



LANDTAG  
Rheinland-Pfalz  
17 / 6161  
VORLAGE

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie  
Postfach 31 80 | 55021 Mainz

Vorsitzende des  
Ausschusses für Gesundheit, Pflege  
und Demografie  
Frau Hedi Thelen, MdL  
Landtag Rheinland-Pfalz  
55116 Mainz

DIE MINISTERIN

Bauhofstraße 9  
55116 Mainz  
Telefon 06131 16-0  
Telefax 06131 16-2452  
Mail: poststelle@msagd.rlp.de  
www.msagd.rlp.de

Landtag Rheinland-Pfalz	
14. Feb. 2020	
Datum	Uhrzeit
Tgb.-Nr.: .....	
Sec	I II

13.2.2020

16.12.17

Mein Aktenzeichen  
PuK

Ihr Schreiben vom

Ansprechpartner/-in / E-Mail  
Dagmar Rhein-Schwabenbauer  
Dagmar.Rhein@msagd.rlp.de

Telefon / Fax  
06131 16-2415  
06131 1617-2415

**36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16. Januar 2020**

hier: TOP 11

**Situation der Reha-Kliniken in Rheinland-Pfalz  
Antrag der Fraktion der CDU, Vorlage 17/5907**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Thelen,

anlässlich der Erörterung des oben genannten Tagesordnungspunktes in der 36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16. Januar 2020 habe ich zugesagt, den Mitgliedern des Ausschusses meinen Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen. Eine entsprechende Ausfertigung ist als Anlage beigefügt.

Darüber hinaus wurde um diverse Zusatzinformationen gebeten.

Ich berichte daher wie folgt:

Das Gesetzgebungsverfahren zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz befindet sich noch im parlamentarischen Verfahren. Die rheinland-pfälzische Landesregierung wird prüfen, ob die in der Ausschusssitzung aufgeworfenen Fragenkomplexe



zu Einschätzungen des Bundesgesundheitsministeriums und der sich daraus ergebenden Aspekte im weiteren Gesetzgebungsverfahren zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz im Rahmen der den Ländern zur Verfügung stehenden Möglichkeiten (Bundesratsverfahren) durch entsprechende Anträge oder Initiativen aufgegriffen beziehungsweise eingebracht werden sollten und können. Da es sich um Fragen im Zuständigkeitsbereich des Bundesgesundheitsministeriums handelt, liegen der Landesregierung keine weiteren Erkenntnisse vor.

Darüber hinaus wurde um Angaben zu den Antrags- und Erledigungszahlen in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, zu den Bewilligungsquoten und zu den Beschäftigtenzahlen der DRV-eigenen Rehakliniken gebeten.

Die gewünschten Informationen können den nachfolgenden Darstellungen entnommen werden:

*Antrags- und Erledigungszahlen in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz*

Jahr	Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote
2009	42.602	27.241	64,0%
2010	43.107	26.764	62,0%
2011	42.559	26.250	61,8%
2012	43.099	27.421	63,6%
2013	42.266	28.406	67,4%
2014	44.902	30.912	69,2%
2015	43.474	29.972	68,9%
2016	42.741	30.434	71,2%
2017	40.824	29.893	73,4%
2018	41.168	30.417	73,9%



*Bewilligungsquoten der einzelnen Rentenversicherungsträger im Vergleich*

<b>Rentenversicherungsträger</b>	<b>Bewilligungsquote 2018</b>
DRV Baden-Württemberg	74,2 %
DRV Bayern Süd	76,1 %
DRV Berlin-Brandenburg	71,3 %
DRV Braunschweig-Hannover	70,2 %
DRV Hessen	64,4 %
DRV Mitteldeutschland	69,3 %
DRV Nord	72,8 %
DRV Nordbayern	67,6 %
DRV Oldenburg-Bremen	65,5 %
DRV Rheinland	75,4 %
<b>DRV Rheinland-Pfalz</b>	<b>73,9 %</b>
DRV Saarland	67,7 %
DRV Schwaben	62,0 %
DRV Westfalen	71,8 %
DRV Bund	67,2 %
DRV Knappschaft-Bahn-See	78,5 %

*Beschäftigungszahlen Reha-Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz*

Klinik	Anzahl der Beschäftigten (Stand Dezember 2019)
Mittelrhein-Klinik Bad Salzig	169
Drei-Burgen-Klinik, Bad Kreuznach	166
Fachklinik Eußerthal	126
Edelsteinklinik Bruchweiler	176



Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz führt vier Rehabilitationskliniken als Eigenbetriebe. In diesen Einrichtungen fordern die Rentenversicherungsträger einen bestimmten Personalschlüssel (Anzahl Ärzte, Therapeuten, Pflege), der mindestens vorgehalten werden muss. Dieser ist von der Anzahl der Betten und der jeweiligen Indikation abhängig.

Mit freundlichen Grüßen

Sabine Bätzing-Lichtenthäler



635-81 103

Mainz, den 7. Januar 2020  
Bearbeiterin: Carola Hollnack  
☎ 06131 16-2067

## Sprechvermerk

**36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16. Januar 2020**

**hier: TOP 11**

**Situation der Reha-Kliniken in Rheinland-Pfalz**

**Antrag der Fraktion der CDU, Vorlage 17/5907**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Thelen,  
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

die medizinische Rehabilitation ist neben der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Ärzte und der Akutversorgung im Krankenhaus integraler Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. Ihre übergeordneten Ziele sind die Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit zur Verhinderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit (§ 11 Abs. 2 SGB V) sowie der Erhalt der Erwerbsfähigkeit (§ 9 SGB VI).

Je nach individueller Ausgangssituation der Rehabilitanden und Zielen der Rehabilitationsmaßnahme zeichnen sich unterschiedliche Träger verantwortlich. Die Hauptträger der medizinischen Rehabilitation sind die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung kann die Zielsetzung vereinfacht mit dem Leitsatz „Reha vor Pflege“ beschrieben werden. Die Krankenkassen dürfen diese Leistungen nur in Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 beziehungsweise § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht.



Anders als im Bereich der Krankenhausversorgung erfolgt im Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationskliniken keine Planung der bedarfsgerechten Versorgung durch die Länder. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist lediglich das Einvernehmen über den Abschluss und die Kündigung von Versorgungsverträgen anzustreben (§ 111 Abs. 4 S. 3 SGB V).

Der Rehabilitationsmarkt wurde und wird bis heute wesentlich durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Kostendämpfungsgesetze der 1990er Jahre geprägt, im Rahmen derer die Regeldauer für Rehabilitationsmaßnahmen auf drei Wochen begrenzt und die Zuzahlungsbeträge für Patienten mehr als verdoppelt wurden. Ein weiterer Einflussfaktor sind die Steuerungsmöglichkeiten der Kostenträger im Rahmen von Vergütungsverhandlungen und Belegung von Kliniken.

Sind die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt, so bestimmt die Krankenkasse nach den Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die durchführende Rehabilitationseinrichtung nach Ermessen. Hierbei sind lediglich die individuellen Verhältnisse des Rehabilitanden sowie das Wunsch- und Wahlrecht zu beachten, nach dem der Rehabilitand unter bestimmten Voraussetzungen eine Einrichtung zur Leistungserbringung wählen kann. Dies eröffnet der gesetzlichen Krankenversicherung Spielraum zur Steuerung der Fallzahlen in günstige und/oder leistungsstarke Rehabilitationseinrichtungen. Aber auch die Versorgungsform - ambulant oder stationär - potenzieller Rehabilitanden und somit die Höhe der Fallzahlen in der stationären Rehabilitation insgesamt, können durch die gesetzliche Krankenversicherung in gewissen Grenzen beeinflusst werden.

Im Rahmen von Strukturveränderungen und Konzentrationsprozessen wurden auch in Rheinland-Pfalz in den Jahren 2008 bis 2019 insgesamt zehn Vorsorge-/Reha-Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geschlossen, in andere Einrichtungen überführt beziehungsweise in ein Altenheim umgewandelt.



Aktuell gibt es insgesamt 54 Vorsorge-/Reha-Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die den Bedarf an stationärer medizinischer Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung in Rheinland-Pfalz decken.

Die Vergütung für Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt einrichtungsindividuell und weitestgehend auf Basis indikationsspezifischer Tagessätze beziehungsweise Fallpauschalen. Ein wesentliches Merkmal der Vergütung von Rehabilitationsleistungen ist die undifferenzierte Pauschalvergütung von laufenden Betriebskosten sowie Aufwendungen aus der Finanzierung der Investitionen in die Immobilie und Geschäftsausstattung. Es besteht somit keine Transparenz über den Entgeltbestandteil, der zur Refinanzierung der Gesteuerungskosten beziehungsweise Pacht herangezogen werden kann. Da Betreiber von Rehabilitationseinrichtungen zudem gewöhnlich keine Fördermittel erhalten, wie dies zum Beispiel im Krankenhaussektor der Fall ist, sind sie im Rahmen ihrer Investitionen in der Regel auf Finanzierungsmittel, wie zum Beispiel Bankdarlehen, angewiesen.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung schließen die Einrichtungsträger mit den Landesverbänden der Krankenkassen eine Vergütungsvereinbarung über Tagessätze ab. Darüber hinaus besteht für jede Krankenkasse die Möglichkeit, individuelle Vergütungsvereinbarungen mit Rehabilitationseinrichtungen zu schließen. Insgesamt ist festzustellen, dass die Vergütungssatzsteigerungen der letzten Jahre unterhalb der Kostensteigerungsrate der Rehabilitationseinrichtungen geblieben sind und somit ein Kostenanpassungsdruck gegeben ist.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch die Gesetzliche Rentenversicherung lässt sich der gesetzliche Auftrag vereinfacht mit der Zielsetzung „Reha vor Rente“ beschreiben. Ein weiterer Unterschied zu den gesetzlichen Krankenversicherungen besteht darin, dass die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 15 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch stärker durch die Rentenversicherung selbst geleistet werden.



Darüber hinaus werden Rehabilitationsleistungen durch Einrichtungen Dritter, mit denen ein Vertrag nach § 21 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch besteht, erbracht. Die strukturellen Anforderungen an Rehabilitationskliniken sind in weiten Teilen vergleichbar. Oftmals werden daher stationäre Rehabilitationseinrichtungen sowohl von der gesetzlichen Krankenversicherung, als auch von der gesetzlichen Rentenversicherung belegt.

Medizinische Rehabilitation sichert Wachstum und Beschäftigung. Der zunehmende Fachkräftemangel in Verbindung mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung, der Anhebung des Rentenalters sowie dem Anstieg chronischer Erkrankungen, wird die volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation in Zukunft weiter erhöhen.

Gemäß § 36 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch haben die Rehabilitationsträger gemeinsam mit der Bundesregierung und der Landesregierung darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen.

In diesem Kontext beobachtet die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz aufmerksam die Entwicklung der Marktstrukturen in Rheinland-Pfalz und darüber hinaus. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass das bestehende Leistungsangebot als insgesamt auskömmlich angesehen werden kann und eine Unterversorgung allenfalls in Bezug auf spezielle Segmente/Indikationen besteht.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung verhandelt grundsätzlich jeder Rentenversicherungsträger die Vergütungssätze mit den von ihm federgeführten Rehabilitationseinrichtungen. Dabei legen die Rentenversicherungsträger einen Richtwert zu Grunde, der vom Fachausschuss für Rehabilitation für das entsprechende Jahr festgelegt wird. Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz hält sich an den festgelegten Richtwert, einrichtungsspezifische Besonderheiten können nach einer eingehenden Prüfung zusätzlich berücksichtigt werden. Der verhandelte Vergütungssatz wird von allen Rentenversicherungsträgern mitgetragen. Die Deutsche Rentenversicherung entwickelt derzeit in einer Projektgruppe ein neues, transparentes und nachvollziehbares Vergütungssystem. Die Arbeit der Projektgruppe ist noch nicht abgeschlossen.





Der Rückgang der Anzahl der Einrichtungen kann nicht nur auf eine unzureichende Vergütung der Einrichtungen zurückgeführt werden, sondern kann auch durch Bedarfsveränderungen, regionale Verschiebungen in der Nachfrage und Veränderungen in den Trägerstrukturen erklärt werden. Aktuell liegt die Bewilligungsquote der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz bei 73,9 Prozent. Diese liegt im Vergleich mit den anderen Rentenversicherungsträgern im oberen Bereich. Außerdem ist bei den durchgeführten Maßnahmen in rheinland-pfälzischen Einrichtungen ein Zuwachs um 7,8 Prozent erkennbar. In den letzten Jahren hat die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz bundesweit verstärkt Verträge mit Rehabilitationseinrichtungen geschlossen, die bislang nicht belegt wurden und kommt damit der steigenden Nachfrage zur Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten nach. Ein großer Anteil der durch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz erbrachten medizinischen Leistungen wird allerdings weiterhin in rheinland-pfälzischen Einrichtungen durchgeführt.

Rehabilitationskliniken konkurrieren mit Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen um eine ausreichende Zahl von Pflegekräften. Diese Konkurrenzsituation führt dazu, dass Rehabilitationskliniken personell geschwächt werden. Deshalb hat sich Rheinland-Pfalz im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz gemeinsam mit anderen Ländern für eine wirkungsgleiche Übertragung der Verbesserungen für die Krankenpflege in den Krankenhäusern auch auf die Pflege im Rehabilitationsbereich eingesetzt. Der Bundesgesetzgeber hatte zugesagt, diese Vorschläge zu prüfen und hat im überarbeiteten Entwurf eines Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes wichtige Regelungen zur Stärkung der Rehabilitationskliniken vorgesehen. So sollen auch Reha-Einrichtungen künftig ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Tariflöhne zahlen können, ohne dass die Krankenkassen dies beanstanden können. Dafür wird der Grundsatz der Grundlohnsummenbindung aufgehoben. Das macht den Weg frei für Verbesserungen bei den Vergütungsverhandlungen und wird die Personalsituation in Reha-Einrichtungen stärken.

Die Landesregierung begrüßt zudem, dass der Grundsatz „Reha vor Pflege“ durch den Gesetzentwurf gestärkt wird: Bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme wird das Antragsverfahren vereinfacht, indem die Krankenkasse nicht mehr überprüft, ob die Rehabilitation medizinisch erforderlich ist.

Die bisherige Höchstdauer von 20 Tagen bei ambulanter Behandlung und drei Wochen bei stationärer Behandlung, wird nun bei einer geriatrischen Rehabilitation als Regeldauer festgelegt. Bei allen anderen vertragsärztlich verordneten Rehabilitationsmaßnahmen kann die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme zukünftig nur noch auf Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes in Zweifel ziehen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die Behandlungsdauer in den Krankenhäusern verkürzt sich seit Jahren immer weiter. Den Reha-Kliniken kommt daher eine wachsende Bedeutung bei der weiteren Behandlung, insbesondere im Bereich neurologischer und onkologischer Erkrankungen, zu. Die Landesregierung wird sich daher weiterhin für eine Stärkung der medizinischen Rehabilitation und Stärkung der sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten einsetzen.

Vielen Dank.