

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jens Beeck, Nicole Westig,
Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/5152 –**

Pflegesituation in der Rehabilitation

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Potenzial der Rehabilitation, den Pflegenotstand zu lindern, wird in Deutschland nach Ansicht der Fragesteller vielfach unterschätzt. Durch Rehabilitationsmaßnahmen kann nicht nur die Leistungsfähigkeit von erkrankten oder verunfallten Person wiederhergestellt werden, auch die Pflegebedürftigkeit kann potenziell verzögert werden. Insbesondere die pflegeintensive geriatrische Rehabilitation gilt als zunehmend wichtiger Baustein innerhalb altersmedizinischer Versorgungskonzepte und deren Aufgabe, der Umsetzung des gesetzlich verankerten Zieles „Reha vor Pflege“.

Dadurch wird nicht nur die Lebensqualität des einzelnen Menschen massiv verbessert, auch die ambulante und die stationäre Pflege werden entlastet. Völlig unabhängig von den gesundheitlichen Vorteilen für die Personen entstehen auch finanzielle und volkswirtschaftliche Vorteile durch die Rehabilitation: Die pflegebedingten Ausgaben der potenziellen Pflegebedürftigen (oder ggf. der Sozialhilfe) und der Pflegeversicherung entfallen mit jedem Monat ohne vorliegende Pflegebedürftigkeit.

Ein Ausdruck des unterschätzten Potenzials ist die fehlende Abbildung der Rehabilitationskliniken im Kabinettsentwurf des Pflegepersonalstärkungsgesetzes. Nicht nur Akutkrankenhäuser und Pflegeeinrichtungen und das dortige Pflegepersonal leisten wichtige Beiträge, sondern gerade auch die Kliniken für Rehabilitation stehen in der Verantwortung, nach dem Klinikaufenthalt dauerhafte Beeinträchtigungen und Behinderungen bei den Rehabilitanden abzuwenden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Neben der Verankerung in anderen Sozialgesetzbüchern ist auch im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ festgeschrieben. Maßnahmen der Rehabilitation haben eine hohe Bedeutung, um pflegebedürftige bzw. jene Menschen, bei denen Pflegebedürftigkeit eintreten könnte, in ihrer Selbständigkeit und Teilhabe zu unterstützen.

Stärker als je zuvor ist daher der Grundansatz von Rehabilitation und Teilhabe in der Pflegeversicherung handlungsleitend. Die Pflegebegutachtung nach dem SGB XI stellt einen von mehreren Zugangswegen zur Rehabilitation dar. Mit dem seit dem Jahr 2017 geltenden Begutachtungsinstrument wird die Rehabilitationsbedürftigkeit der Pflegeleistungen beantragenden Personen gründlich und in vollem Umfang erfasst. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Zudem hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-SV) jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation zu berichten. Anhand der Berichte wird deutlich, dass die Quote an Rehabilitationsempfehlungen stetig zugenommen hat. Lag die Quote im Jahr 2013 noch bei 0,4 Prozent und im Berichtsjahr 2015 bei 1,1 Prozent, erfolgte für das Jahr 2017 eine nochmalige Steigerung auf 2,3 Prozent.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat nicht nur in der Gesetzgebung, sondern auch durch Impulse für die öffentliche Diskussion die Thematik Pflege und Rehabilitation offensiv angesprochen, so beispielsweise mit seiner im Jahr 2017 durchgeführten Fachtagung „Rehabilitation vor und in der Pflege – Bestandsaufnahme und Perspektiven“ unter Beteiligung verschiedener Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft und Praxis auf dem Gebiet der Rehabilitation. Insbesondere Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation wurden von den Teilnehmenden als wichtige Versorgungsansätze zur Vermeidung und Verringerung von Pflegebedürftigkeit festgestellt. Offenkundig wurde zudem, dass die Potenziale, die die Rehabilitation für von Pflegebedürftigkeit bedrohte und pflegebedürftige Menschen bietet, noch nicht ausgeschöpft sind. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es derzeit nur wenig gesicherte Aussagen über die Wirksamkeit, den Nutzen und die Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen bei (älteren) pflegebedürftigen Personen gibt.

Vor diesem Hintergrund ist unbestritten, dass auch Rehabilitationseinrichtungen täglich einen großen Beitrag leisten, um eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten sicherzustellen, und hierfür auf qualifiziertes Pflegepersonal angewiesen sind. Die Nichtnennung von Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Gesetzentwurfs des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) ist insofern vor allem ihrer unterschiedlichen Finanzierungsstruktur im Vergleich zu Krankenhäusern geschuldet. § 111 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) regelt, dass die Vergütungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ohne weitere Vorgaben frei vereinbart werden können. Nach gesetzlicher Regelung sind auf Landesebene einheitliche Versorgungsverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Rehabilitationseinrichtungen zu schließen (§ 111 Absatz 2 SGB V). Die Vergütungsvereinbarungen werden aber grundsätzlich einzeln von den jeweiligen Krankenkassen mit den Einrichtungen vereinbart. Kommt eine Vergütungsvereinbarung nicht zustande, können die Vertragsparteien in ein gesetzlich vorgesehene Schiedsstellenverfahren eintreten und bei der Landesschiedsstelle die Festsetzung des Vertragsinhalts beantragen. Mithilfe dieses Konfliktlösungsmechanismus sollen angemessene Vergütungen durchgesetzt werden.

1. Welche Aufgaben erbringen Rehakliniken im Leistungsbereich der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung, insbesondere im Bereich der Prävention?

Für die Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen die Einrichtungen, die entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein sog. Belegungsvertrag abgeschlossen wurde, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sofern sie hierfür die persönlichen (gesundheitlichen) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Die Leistungen werden von den Einrichtungen der Rehabilitation stationär, aber auch in zunehmendem Maße ganztags ambulant erbracht. Es werden schwerwiegende Erkrankungen und dadurch verursachte Funktionsstörungen medizinisch und therapeutisch behandelt. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung haben zum Ziel, ein vorzeitiges Ausscheiden der Versicherten aus dem Erwerbsleben zu vermeiden, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen.

Demgegenüber setzen die Leistungen zur Prävention früher ein. Sie haben zum Ziel, dass Krankheiten oder Gesundheitsschäden erst gar nicht entstehen. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen nach § 14 Absatz 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Die Präventionsleistungen sind grundsätzlich modular aufgebaut. Sie umfassen inhaltlich aufeinander aufbauende Phasen: Die Initial-, die Trainings- und die Eigenaktivitätsphase sowie abschließend einzelne oder mehrere Auffrischungstage.

Die Initialphase (Information der Versicherten, Diagnostik für die Planung und Durchführung der Leistung, Erstellung des Präventionsplanes), die Trainingsphase (berufsbegleitende Durchführung von Modulen, z. B. Sport- und Bewegungsangebote, Gesundheitsausbildung) sowie das Angebot zur Auffrischung des Erlernten werden von stationären und ambulanten Einrichtungen durchgeführt. Ist die Teilnahme an einer ambulanten Trainingsphase aus persönlichen bzw. berufsbedingten Gründen nicht möglich oder steht keine arbeitsplatz-/wohnortnahe Präventionseinrichtung zur Verfügung, können die Präventionsleistungen in anderer Form erbracht werden.

In der gesetzlichen Unfallversicherung gilt seit jeher der Grundsatz „Reha vor Entschädigung“. Bei Eintritt eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit besteht für Betroffene Anspruch auf umfassende Leistungen. Die Unfallversicherungsträger haben nach § 26 Absatz 2 Nummer 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Diese Vorgaben werden von den Unfallversicherungsträgern in der Praxis erfolgreich umgesetzt. So wird bereits in der Akutphase nach einem Arbeits- oder Wegeunfall durch eigene Heilverfahren sichergestellt, dass die Verletzten sofort von unfallmedizinisch besonders qualifizierten Ärztinnen und Ärzten (z. B. einem sogenannten Durchgangsarzt) bestmöglich versorgt werden.

Der Umfang der sich anschließenden Rehabilitation wird durch die Art und Schwere der Verletzung bestimmt. Bei Vorliegen bestimmter Verletzungen oder Komplikationen im Heilverlauf findet die Behandlung in eigenen Kliniken der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) statt oder in Kliniken, die für die Behandlung von Unfallverletzten aufgrund ihrer personellen, apparativen und räumlichen Ausstattung besonders geeignet und von der DGUV zugelassen sind. Ein häufig eingesetztes Verfahren der Rehabilitation in der postakuten Phase

ist die Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW). Die BGSW ermöglicht die stationäre Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss an die Akutphase bei Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates, peripheren Nervenverletzungen und Schädel-Hirnverletzungen. Sie wird zur Optimierung des Rehabilitationserfolgs dann durchgeführt, wenn ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht ausreichen.

Rehabilitationseinrichtungen übernehmen bei Bedarf auch Aufgaben bei der Vermeidung oder Behandlung von Berufskrankheiten. So können Maßnahmen der Verhaltensprävention (z. B. Schulungen zum Hautschutz, Erprobung von Hautschutzmitteln, bei Bedarf verbunden mit Therapien zum Abklingen der berufsbedingten Hauterscheinungen) in Rehakliniken durchgeführt werden, wenn eine Durchführung im ambulanten Umfeld nicht denselben Erfolg verspricht.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung medizinische Vorsorgeleistungen für Versicherte, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken. Rehabilitationsleistungen werden erbracht, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Teilweise bieten Rehabilitationseinrichtungen auch Kurse zur primären Prävention an, die die Krankenkassen als Leistung zur primären Prävention nach § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V erbringen.

Sofern während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, besteht gemäß § 42 Absatz 4 SGB XI der Anspruch des Pflegebedürftigen auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen. Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass diese Einrichtungen fachlich und organisatorisch in der Lage sind, die – von den pflegenden Angehörigen mitgebrachten – Pflegebedürftigen angemessen zu betreuen und zu pflegen (Bundestagsdrucksache 17/9369, S. 41). Darüber hinaus haben Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 7 Absatz 2 SGB XI mit Einwilligung des Versicherten die zuständige Pflegekasse zu informieren, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.

2. Wie viele Reha-Maßnahmen wurden 2017 in Deutschland durchgeführt (bitte nach Kostenträger und ambulant bzw. stationär aufschlüsseln)?

Nach den statistischen Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), „Rehabilitation 2017“, Band 213, werden für das Berichtsjahr 2017 für den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation 870 978 Leistungen und für den Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation 161 698 Leistungen ausgewiesen und damit der wesentliche Teil der verschiedenen Leistungsarten beziffert.

Nach den statistischen Angaben der DGUV wurden im Berichtsjahr 2017 im Bereich der gewerblichen Unfallversicherungsträger sowie der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 19 375 stationäre Reha-Maßnahmen abgeschlossen. Bei 471 125 Personen wurden im Berichtsjahr 2017 ambulante Reha-Maßnahmen abgeschlossen (alle Zahlen ohne landwirtschaftliche Unfallversicherung).

Im Unterschied zu den stationären Reha-Maßnahmen, bei denen die Anzahl der Maßnahmen statistisch erfasst wird, wird bei den ambulanten Reha-Maßnahmen die Anzahl der behandelten Patienten erfasst. Da häufig mehrere ambulante Maßnahmen bei derselben Person durchgeführt werden, liegt die Zahl der ambulanten Maßnahmen bei entsprechender Erfassung höher.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2017 die folgenden in der Amtlichen GKV-Statistik ausgewiesenen Maßnahmen der Rehabilitation und Vorsorge durchgeführt:

Maßnahme	Anzahl
Ambulante Vorsorge in anerkannten Kurorten	69.928
Ambulante Rehabilitation	90.569
- davon ambulante Anschlussrehabilitation	65.657
Stationäre Vorsorge	6.432
Stationäre Rehabilitation	649.158
- davon stationäre Anschlussrehabilitation	539.928
Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	112.968
Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	3.205
Gesamt	932.260

Quelle: GKV-Statistik KG 5

3. Sieht die Bundesregierung einen Reformbedarf bei der Trägerschaft und/oder Anerkennung von Rehabilitations-Maßnahmen durch die Sozialversicherungen?

Soweit die Deutsche Rentenversicherung zuständiger Rehabilitationsträger ist, erbringt sie die erforderlichen Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden. Dadurch sollen die Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert oder eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erreicht werden. Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind (Grundsatz „Reha vor Rente“).

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt somit Rehabilitations- und Teilhabeleistungen, um insbesondere Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu vermeiden. Sie hat damit ein Interesse am Rehabilitations- bzw. Teilhabeerfolg. Aufgrund dessen ist sie – bei Erfüllung bestimmter Vorversicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung – gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen vorrangig für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig.

Sofern die Fragestellung darauf abzielt, einen Anspruch auf Rehabilitations- und Teilhabeleistungen – insbesondere auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – allein aufgrund ärztlicher Verordnung einzuführen, ist dazu folgendes anzumerken: Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung stellt der regelmäßig von der Deutschen Rentenversicherung einzuholende Befundbericht des behan-

delnden Arztes/der behandelnden Ärztin nur ein Erfordernis für die etwaige (medizinische) Leistungsbegründung dar. Dementsprechend ist bei Antragstellung zu prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit der Versicherten erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und ob durch die Teilhabeleistung die Gefährdung voraussichtlich abgewendet – bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit diese wiederhergestellt oder gebessert – werden kann. Hierzu ist eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erforderlich, die auch alternative Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit einbezieht. Diese kann aufgrund der Komplexität der Voraussetzungen und der Verknüpfung mit Erfordernissen, die über rein medizinische Aspekte hinausgehen, nur von der Deutschen Rentenversicherung selbst vorgenommen werden.

Liegt ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vor, haben die Unfallversicherungsträger die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln möglichst vollständig wieder herzustellen und sie schnellstmöglich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Sämtliche insoweit gebotenen Maßnahmen werden von Amts wegen im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung erbracht. Ein abgestuftes System der Rehabilitation sichert die hohe Qualität der einzelnen Maßnahmen und kann dazu beitragen, Folgekosten für z. B. Unfallrente oder Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu senken. Die Bundesregierung beobachtet die Entwicklung bei der Trägerschaft von Leistungen zur (medizinischen) Rehabilitation und Teilhabe durch die Sozialversicherungen weiterhin. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 11 sowie auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

4. Wie viele Kliniken für Rehabilitation gibt es in Deutschland, und wie viel Pflegepersonal wird dort nach Kenntnis der Bundesregierung eingesetzt?

In Deutschland gab es im Jahre 2017 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 1 142 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Dort arbeiteten 28 357 Personen im Pflegedienst.

5. Wie hat sich diese Zahl nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2013 entwickelt, und welche Rolle spielen dabei die geriatrischen Rehabilitationskliniken?

Eine Differenzierung der Zahlen nach geriatrischer Rehabilitation ist nicht möglich.

Die Zahl der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lag 2013 bei 1 187, 2014 bei 1 158, 2015 bei 1 152, und 2016 bei 1 149.

Die Entwicklung der Zahl der Personen im Pflegedienst seit 2013 kann der nachstehenden Tabelle entnommen werden:

Jahr (zum 31. 12)	Personal im Pflegedienst in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
2013	27.784
2014	27.408
2015	28.021
2016	28.241
2017	28.357

6. Wie hoch schätzt die Bundesregierung den Bedarf an Pflegefachkräften für den Bereich der Rehabilitation?

Für die Organisation von Arbeits- und Behandlungsabläufen sind die Einrichtungen eigenverantwortlich zuständig. Diese haben die Aufgabe und Verantwortung, als attraktive Arbeitgeber entsprechend qualifiziertes Personal langfristig zu akquirieren und bedarfsgerecht einzusetzen.

7. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zur Deckung dieses Bedarfs, insbesondere vor dem Hintergrund des sich zuspitzenden Konkurrenzkampfs auf dem Arbeitsmarkt mit der Kranken- und Altenpflege?

Im Hinblick auf den befürchteten Wettbewerb um Pflegefachkräfte ist zum einen anzumerken, dass die geplanten und bereits umgesetzten positiven Veränderungen im Bereich der Krankenhäuser geeignet sind, dem Pflegeberuf in der öffentlichen Wahrnehmung für die Berufswahl entscheidend zu höherem Ansehen zu verhelfen. Auch durch das im Juli 2017 verabschiedete Pflegeberufegesetz wird ein Beitrag geleistet, um die Ausbildungsbedingungen zu verbessern und damit die Attraktivität des Berufsfeldes Pflege zu erhöhen. Von der dadurch hervorgerufenen nachhaltigen Steigerung der Attraktivität der Pflege als Arbeitsumfeld werden nicht zuletzt auch die Rehabilitationseinrichtungen profitieren. Denn es ist davon auszugehen, dass sich aufgrund der angestrebten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege wieder mehr Menschen für den Pflegeberuf entscheiden werden.

Zum anderen bestehen für Rehabilitationseinrichtungen insbesondere durch angemessene Vergütungsverträge mit dem Ziel einer besseren Bezahlung Gestaltungsspielräume. Hierbei ist es wichtig, im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen auf höhere Abschlüsse zu drängen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird die Entwicklung der Vergütungsvereinbarungen in diesem Bereich im Blick behalten und gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen ergreifen.

8. Wie viel Ausbildungsplätze der bisherigen klassischen Pflegeberufe werden in Kliniken für Rehabilitation nach Kenntnis der Bundesregierung angeboten?

Nach der Veröffentlichung des statistischen Bundesamtes vom 27. September 2017 zu „Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ waren 2016 in 1 149 erfassten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 195 Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege sowie 11 Auszubildende der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege tätig.

9. Aus welchen Gründen hat die Bundesregierung auf die Aufnahme der Kliniken für Rehabilitation in die Liste der Ausbildungsstätten für die neue generalistische Pflegeausbildung im Pflegeberufegesetz verzichtet, und hat sich die Auffassung der Bundesregierung in der Zwischenzeit geändert?
10. Aus welchen Gründen hat die Bundesregierung darauf verzichtet, eine entsprechende Regelung in die Verordnung gemäß § 56 Absatz 1 und 2 Pflegeberufegesetz aufzunehmen?

Die Fragen 9 und 10 werden gemeinsam beantwortet.

Ziel der Pflegeberufereform ist es, allen Menschen, die sich für den Pflegeberuf interessieren, eine hochwertige und zeitgemäße Ausbildung anzubieten, die den breiten beruflichen Einsatzmöglichkeiten und den Entwicklungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen Rechnung trägt. In der neuen generalistischen

Pflegeausbildung werden unter Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Fortschritts übergreifende pflegerische Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen und allen Versorgungsbereichen vermittelt: in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege. Die zukünftigen, generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte werden in der Lage sein, in allen Bereichen der Pflege – Akutpflege, Kinderkrankenpflege, stationäre oder ambulante Langzeitpflege sowie allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung – tätig zu werden. Auch in der generalistischen Ausbildung werden im Rahmen der praktischen Ausbildung mit der Wahl der Ausbildungseinrichtung und eines Vertiefungseinsatzes in einem Bereich besondere Kenntnisse erworben. Neben dem Abschluss „Pflegefachmann/Pflegefachfrau“ bleibt künftig die Möglichkeit gesonderter Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege erhalten.

Nach § 7 Absatz 1 Pflegeberufegesetz (PflBG) sind für die praktische Ausbildung in der allgemeinen Akutpflege, der allgemeinen Langzeitpflege und der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege Pflichteinsätze in folgenden Einrichtungen möglich:

1. zur Versorgung nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
2. zur Versorgung nach den §§ 71 Absatz 2, 72 Absatz 1 SGB XI zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen und
3. zur Versorgung nach den §§ 71 Absatz 1, 72 Absatz 1 SGB XI und nach § 37 SGB V zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

In Rehabilitationseinrichtungen erfolgt weder allgemeine Akut- noch allgemeine Langzeitpflege. Dortige Aufgabe ist die Vorsorge und Rehabilitation. In Rehabilitationseinrichtungen können daher weder die Pflichteinsätze nach § 7 Absatz 1 PflBG durchgeführt werden, noch können sie Träger der praktischen Ausbildung sein. Dies ist Einrichtungen nach § 7 Absatz 1 PflBG vorbehalten.

Einrichtungen, die die Kriterien nach § 7 Absatz 1 PflBG nicht erfüllen, können jedoch anderweitig über die Regelung in § 7 Absatz 2 PflBG in die Ausbildung einbezogen werden. So können in Rehabilitationseinrichtungen „weitere Einsätze“ der praktischen Ausbildung durchgeführt werden. In Anlage 7 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) sind 80 Stunden für diese „weiteren Einsätze“ vorgesehen, die in Rehabilitationseinrichtungen oder in anderen geeigneten Kliniken stattfinden können. Die Geeignetheit der Einrichtungen bestimmt sich nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen. Ein angemessenes Verhältnis von Auszubildenden zu Pflegefachkräften bzw. zu anderen zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte geeigneten Fachkräften muss dabei gewährleistet sein (§ 7 Absatz 5 Satz 1 PflBG i. V. m. § 3 Absatz 4 PflAPrV).

11. Welche Studien und Evaluationen liegen der Bundesregierung für die Bewertung des Erfolgs von Rehabilitationsmaßnahmen zur Verzögerung der Pflegebedürftigkeit vor, und wie beurteilt sie diese?

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord kam in einem Gutachten im Jahr 2015 („Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Festlegung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung“) zu dem Ergebnis, dass keine Studien gefunden werden konnten, die die Wirksamkeit und

den Nutzen von Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung speziell für die Gruppe der Antragstellerinnen und Antragsteller der Pflegeversicherung auf höhergradigem Evidenzlevel untersucht haben.

In dem Gutachten wird weiter ausgeführt, dass international vorliegende Reviews und Studien in ihrer Gesamtheit die generelle Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei alten und pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten belegen würden. Vereinzelt gebe es Hinweise darauf, dass ältere und schwerer betroffene Patientinnen und Patienten relativ stärker von rehabilitativen Maßnahmen profitieren als jüngere oder weniger schwer betroffene Personen. Festgestellt wurde auch, dass qualitativ hochwertige kontrollierte Studien aus dem deutschen Versorgungskontext fehlten und insoweit die Übertragbarkeit international vorliegender Evidenz zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen eingeschränkt sei.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde durch das Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie (IGP) der Hochschule Bremen eine Studie zur „Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“ durchgeführt. Aus dieser – noch nicht veröffentlichten – Studie haben sich Hinweise ergeben, dass sich bei pflegebedürftigen Personen, die Maßnahmen der Mobilen Rehabilitation erhielten, Verbesserungen etwa bei Bewegung und Lebenszufriedenheit erzielt werden konnten.

Insgesamt besteht aus Sicht der Bundesregierung hinsichtlich Nutzen und Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen bei (älteren) pflegebedürftigen Personen weiterer Forschungsbedarf. Sie beabsichtigt, diesen Forschungsbedarf zu präzisieren und ihm entsprechend nachzugehen.

12. Wie bewertet die Bundesregierung das gesamtwirtschaftliche Einsparpotenzial durch Rehabilitation vor Pflege, unter Beachtung der Unterschiede zwischen „klassischer“ und akuter Rehabilitation?

Der Bundesregierung liegen keine gesicherten Erkenntnisse über die Höhe des gesamtwirtschaftlichen Einsparpotenzials durch Rehabilitation vor Pflege vor.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Bundesregierung eine vollständige und belastbare Analyse gesamtwirtschaftlicher Einsparpotentiale durch Rehabilitation aufgrund der komplexen Zusammenhänge, Effekte und Wirkungsmechanismen nicht möglich.

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt erforderliche Leistungen zur (medizinischen) Rehabilitation, um eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten abzuwenden oder, bei bereits vorliegender Minderung der Erwerbsfähigkeit, diese wesentlich zu bessern bzw. wiederherzustellen („Reha vor Rente“).

Einsparpotentiale bzw. Nettoeffekte ergeben sich durch Gegenüberstellung der Kosten von Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen mit dem daraus resultierenden Nutzen. Dieser Nutzen ist sehr individuell. Berechnungen des Kosten-Nutzen-Verhältnisses allein aus der Perspektive der Rentenversicherung zeigen, dass sich schon durch das Hinausschieben des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit um nur vier Monate die finanziellen Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation amortisieren (Reha-Bericht 2018 der DRV, Seite 70).

Die Messung gesamtwirtschaftlicher Effekte bzw. Einsparpotentiale gestaltet sich jedoch wesentlich schwieriger. Demgemäß müssten verschiedene Arten von Nutzen der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen – etwa die Verhinderung bzw.

Verzögerung von Rentenzahlungen, die Verlängerung der Erwerbstätigkeit und damit der Beitragsleistungen zu den Zweigen der Sozialversicherung, die Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen, die Verringerung der Zahl der Arztbesuche und des Pflegebedarfs sowie die Verbesserung der Chancen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – gemessen und bewertet werden. Für ausgewählte Rehabilitationsmaßnahmen können deshalb nur einzelne volkswirtschaftliche Effekte betrachtet und auf der Grundlage makroökonomischer Modelle unterschiedliche Szenarien berechnet werden (Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011, Seite 71).

Im Jahr 2009 wurde eine wissenschaftliche Studie vorgelegt, die Effekte auf das Bruttoinlandsprodukt und die Sozialversicherungen der medizinischen Rehabilitation von fünf ausgewählten Indikationen der Deutschen Rentenversicherung untersuchte und einen nicht unwesentlichen volkswirtschaftlichen Nettoeffekt auswies (Prognos-Studie 2009: Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum, Seiten 1, 62).

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung wurden bisher keine Untersuchungen zum Einsparpotential bei Pflegeleistungen durch Ausweitung von Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt. Zu berücksichtigen ist insoweit die bereits bestehende hohe Qualität der einzelnen Maßnahmen nach dem Rehabilitationsgrundsatz „mit allen geeigneten Mitteln“.

13. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung seit 2013 ergriffen, um Kliniken für Rehabilitation zu stärken?

Mit dem Rentenversicherungs-Leistungsverbesserungsgesetz (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) wurde den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung für die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein erhöhter Ausgabenbetrag zur Verfügung gestellt.

Das RV-Leistungsverbesserungsgesetz hat bei der Fortschreibung des der Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe das den Versicherten zur Verfügung stehende Reha-Budget seit dem 1. Januar 2014 neben der jährlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter zusätzlich durch einen Demografiefaktor angepasst. Hiermit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die geburtenstarken Jahrgänge zunehmend in ein Reha-intensives Alter kommen. Beginnend ab dem Jahr 2014 wurde das jährliche Reha-Budget zusätzlich zunächst um rund 100 Mio. Euro erhöht. Diese zusätzliche Erhöhung stieg auf gut 200 Mio. Euro im Jahr 2017 an. Seitdem wird sie aufgrund der demografischen Entwicklung wieder abgebaut, weil die geburtenstarken Jahrgänge in Rente gegangen sind. Die zusätzliche Erhöhung des Reha-Budgets kommt grundsätzlich auch den Leistungserbringern der Leistungen der Rehabilitation zugute.

14. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zur Stärkung der Kliniken für Rehabilitation in Deutschland, insbesondere vor dem Hintergrund der Nichtberücksichtigung im Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes?

Die Stärkung der Pflege wird derzeit als zentrales gesundheitspolitisches Anliegen in Angriff genommen. Ziel ist es vor allem, die Attraktivität des Pflegeberufs sowie die Standards im Pflegebereich flächendeckend zu erhöhen. Im Vordergrund aller vorgesehenen Maßnahmen steht die Herbeiführung tatsächlicher Verbesserungen in der Pflege, sodass mehr Menschen den Pflegeberuf wählen und beibehalten. Dies wird auch den Rehabilitationseinrichtungen zu Gute kommen (vergleiche dazu auch Antwort zu Frage 7).

Im Gesetzentwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes ist zudem ein eigenständiger Leistungsanspruch für pflegende Angehörige auf medizinische Rehabilitationsleistungen vorgesehen. Denn im Rahmen der Frage des Zugangs zu stationären Rehabilitationsleistungen stellt sich das Problem, dass pflegende Angehörige häufig aufgrund der familiären Situation keine Möglichkeit haben, ambulante Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Nach der derzeitigen gesetzlichen Regelung in § 40 SGB V ist aber die Ausschöpfung ambulanter Leistungen am Wohnort die Voraussetzung für die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen. Deshalb soll durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz für pflegende Angehörige ein Anspruch geschaffen werden, wonach sie auf ärztliche Verordnung nach Genehmigung der Krankenkasse auch dann eine stationäre Rehabilitation erhalten, wenn vom medizinischen Gesichtspunkt her eine ambulante Versorgung ausreichend wäre.

Vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird zurzeit geprüft, ob und inwieweit ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf für das von der Deutschen Rentenversicherung praktizierte sog. offene Zulassungsverfahren bei der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht. Zur Vorbereitung findet gegenwärtig ein ergebnisoffener strukturierter Diskussionsprozess mit allen Beteiligten statt. Hierbei werden auch die Verbände der Leistungserbringer einbezogen.

Auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wird geprüft, ob Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sind.

15. Wie oft und zu welchen Leistungsbereichen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesschiedsstellen nach § 111b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angefragt?

Wie ist der Stand der Umsetzung der Regelung in den einzelnen Bundesländern?

Nach der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen des GKV-Spitzenverbandes wurden 12 Verfahren im Jahr 2017 vor den Landesschiedsstellen für die Vergütungsvereinbarungen geführt, die sich auf die Bundesländer Baden-Württemberg (2 Verfahren), Niedersachsen (4 Verfahren), Nordrhein-Westfalen (5 Verfahren) und Schleswig-Holstein (1 Verfahren) verteilen. Zur Umsetzung der Regelung zu den Landesschiedsstellen in den einzelnen Bundesländern sind der Bundesregierung keine Probleme bekannt.

16. Aus welchem Grund ist die Verordnung einer Kinder- und Jugendrehabilitation durch Vertragspsychotherapeuten bei einer Reha im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, jedoch nicht im Rahmen einer Reha der gesetzlichen Rentenversicherung möglich?

Die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Kostenträgerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung allein durch Verordnung einer (Vertrags-)Psychotherapeutin oder eines (Vertrags-)Psychotherapeuten widerspricht dem Bewilligungssystem von Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie ist im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung weder sachgerecht noch zielführend und auch nicht im Interesse der Rehabilitanden.

Jeder Antrag auf eine Kinder- und Jugendrehabilitation umfasst eine über die medizinische Fragestellung hinausgehende Prüfung. Mit einer Rehabilitation an Kinder- und Jugendliche verknüpft die gesetzliche Rentenversicherung bestimmte Ziele:

Kinderrehabilitationen werden für Kinder und Jugendliche erbracht, um hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit zu beseitigen oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen und dies, unter Berücksichtigung der altersentsprechenden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben kann. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Aussicht besteht, gesundheitliche Einschränkungen, die eine Teilhabe an Schule und Ausbildung mit dem Ziel der Erreichung des allgemeinen Arbeitsmarkts erschweren, durch medizinische Rehabilitationsleistungen zu beseitigen oder weitgehend zu kompensieren.

Dies erfordert eine umfassende sozialmedizinische Beurteilung. Die Befundberichte eines Psychotherapeuten stellen dabei nur einen von mehreren Bausteinen der Anspruchsprüfung dar. Es sind daneben die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen zu prüfen. Diese Gesamtprüfung kann aufgrund der Komplexität der Voraussetzungen und der Verknüpfung mit Erfordernissen, die über rein medizinische Aspekte hinausgehen, nur vom Rentenversicherungsträger selbst vorgenommen werden.