

# HANDLUNGSBEDARF FÜR DIE MEDIZINISCHE REHABILITATION IN DER 20. LEGISLATURPERIODE

Gemeinsame Positionen der katholischen Reha-Fachverbände  
bzw. Arbeitsgemeinschaften und des Deutschen Caritasverbands

1. August 2022

**Medizinische Rehabilitation ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Versorgungslandschaft. Sie sichert die Teilhabe am Erwerbsleben, kann Pflegebedürftigkeit verhindern und die Teilhabe chronisch kranker Menschen verbessern. Viele unmittelbare und mittelbare Folgen der Corona-Pandemie wie Post- und Long Covid-Symptome sowie Erkrankungen aufgrund von Isolation, Bewegungsmangel psychischen Belastungen oder verzögerter akutmedizinischer Behandlungen erfordern Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Damit diese weiterhin in hoher Qualität erbracht und den Betroffenen zeitnah und bedarfsgerecht zur Verfügung stehen können, sind Änderungen der gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen dringend erforderlich, die im Folgenden näher ausgeführt werden:**

## PERSONAL

1. Tarifliche Vergütung als Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag ansetzen
2. Ausbildung in Rehabilitationseinrichtungen erleichtern

## ENTBÜROKRATISIERUNG

3. Zugang zur Leistung vereinfachen und Wunsch- und Wahlrecht sicherstellen
4. Regeldauer in der Kinder- und Jugendreha im SGB V an SGB VI-Regelungen anpassen
5. Untergesetzlicher Regelungsbedarf: Formularwesen versichertenfreundlich gestalten

## **SCHNITTSTELLENPROBLEME**

6. SGB IX als trägerübergreifender Rahmen weiterentwickeln
7. Übergangspflege in Reha-Einrichtungen ermöglichen
8. Gemeinsames Qualitätssicherungsverfahren im SGB IX realisieren

## **FINANZIERUNG**

9. Zeitgleiche Übernahme der Kostensätze DRV durch die GKV regeln
10. Digitalisierung der Einrichtungen der medizinischen Reha fördern

## **VOR- UND NACHSTATIONÄRE BERATUNG**

11. Vor- und nachstationären Beratung im Rahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter, Pflegende Angehörige fördern

## PERSONAL

### 1. Tarifliche Vergütung als Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag ansetzen

Die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen, die dazu führt, dass die Gewinninteressen nicht-tarifgebundener privater Kapitalgeber einen immer stärkeren Anteil einnehmen, betrachten wir kritisch. Gerade im solidarisch finanzierten Bereich der gesundheitlichen Daseinsvorsorge muss eine leistungsgerechte und tarifliche Bezahlung der Beschäftigten sichergestellt sein. Nur so bleibt der gemeinnützige Sektor perspektivisch ein attraktives Arbeitsfeld und kann Antworten auf den drohenden Mangel an Nachwuchskräften bieten. Daher sollen künftig nur noch Rehabilitationseinrichtungen einen Versorgungsvertrag erhalten, die Tarifverträge oder Tarife nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen abgeschlossen haben oder sich an solche anlehnen.

- **Wir fordern eine Änderung in § 111 Absatz 2 SGB V Satz 1, wonach Versorgungsverträge nur mit Trägern geschlossen werden dürfen, die Tarifverträgen oder tariflichen Regelungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen unterliegen oder sich an solche anlehnen.**

### 2. Ausbildung in Rehabilitationseinrichtungen erleichtern

Wir begrüßen die Ankündigung im Koalitionsvertrag, wonach die Pflegeausbildung auch in Rehabilitationseinrichtungen ermöglicht werden soll. Dies ist ein wichtiger Beitrag in der erforderlichen Ausbildungsoffensive, der die Breite der späteren beruflichen Felder bereits in die Ausbildungsmöglichkeiten integriert. Die komplexe Rehabilitationsbehandlung bietet vielfältige Möglichkeiten, ganzheitliche und interdisziplinäre Inhalte zu erlernen. Die Fachkräftegewinnung kann ebenso gestärkt werden, denn die multiprofessionellen Teams in den Rehakliniken sind dringend auf gut qualifizierten Nachwuchs der Gesundheitsfachberufe angewiesen.

- **Wir fordern zeitnah eine Regelung im Pflegeberufegesetz, die es Rehabilitationseinrichtungen ermöglicht, Pflegekräfte auszubilden. Zur Sicherstellung der Finanzierung sind die Rehabilitationseinrichtungen entsprechend in den Fonds einzubinden.**
- **Wir fordern, die Zugänge zur Ausbildung von Gesundheitsberufene in Rehabilitationseinrichtungen zu flexibilisieren und zu vereinfachen**

**(zum Beispiel für die Ausbildung von Psychotherapeut:innen in Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen oder für die Ausbildung von Logo-, Ergo- oder Physiotherapeut:innen in somatischen Kliniken).**

## ENTBÜROKRATISIERUNG

### 3. Zugang zur Leistung vereinfachen und Wunsch- und Wahlrecht sicherstellen

#### Zugang zur Leistung

Die gesetzlichen Regelungen des IPreG zur Novellierung des § 40 SGB V haben der Deutsche Caritasverband und seine hier zeichnenden Fachverbände für Rehabilitation begrüßt. So wurde die Aufnahme einer Ausnahmeregelung in § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V, wonach die Krankenkasse unter bestimmten Umständen die medizinische Erforderlichkeit der geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, positiv bewertet. Auch die neue Regelung in § 40 Absatz 3 Satz 4 SGB V zur Stärkung der ärztlichen Verordnung, von der nur auf der Grundlage einer abweichenden gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abgewichen werden kann, schien geeignet, das Verfahren zu vereinfachen. Die Änderung in § 40 Absatz 3 Satz 10 2. Halbsatz SGB V schien ebenfalls geeignet, neben einer zeitnahen Sicherstellung der Anschlussversorgung eine erhebliche Entlastung durch eine Vereinfachung der Prozesse zu erreichen.

Im Verlauf der Beratungen des G-BA zur Neufassung der Rehabilitations-Richtlinie hat sich jedoch herausgestellt, dass seitens der Krankenkassen keine Bereitschaft besteht, den Zugang zur Versorgung der Versicherten zu erleichtern. Vielmehr wurden gegen die Stimmen der Leistungserbringer und Empfehlung der Versicherten-Vertretungen die Voraussetzungen der Richtlinie so eng gefasst, dass vor der Inanspruchnahme weiterhin eine Genehmigung durch die Krankenkassen erforderlich ist. Weiterhin entscheiden daher die Krankenkassen in vielen Fällen, ob eine Leistung medizinisch erforderlich ist. Die Ausgaben für medizinische Rehabilitation und Vorsorge liegen bei 1,24% der Gesamtausgaben der GKV.<sup>1</sup> Angesichts dieser Größenordnung ist es sehr fraglich, ob der durch das praktizierte Genehmigungsverfahren entstehende Bürokratieaufwand mit seinen Verwaltungskosten in einem

---

<sup>1</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv\\_kennzahlen/kennzahlen\\_gkv\\_2021\\_q3/300dpi\\_1/GKV-Kennzahlen\\_Leistungsbereiche\\_Prozent\\_2020\\_300.jpg](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2021_q3/300dpi_1/GKV-Kennzahlen_Leistungsbereiche_Prozent_2020_300.jpg)

angemessenen Verhältnis zu etwaigen Einsparungen aufgrund möglicher rechtsmissbräuchlicher ärztlicher Verordnungen stehen.

→ **Wir fordern daher, dass nicht die Krankenkasse, sondern die behandelnde Ärzt:in über die Leistung entscheidet. Dazu ist § 40 Absatz 3 SGB V Satz 1 und § 23 Absatz 5 SGB V Satz 1 zu streichen.**

### Wunsch- und Wahlrecht

Im Rahmen der den Krankenkassen zustehenden Entscheidung (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V), in welcher Einrichtung die Leistung gewährt wird, wird dem gesetzlich verankerten Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nicht ausreichend Rechnung getragen. Versicherte wissen häufig gar nicht, in welchem Umfang ihnen dieses Recht zusteht, obwohl die Kassen zu einer umfassenden Beratung gesetzlich verpflichtet sind.

Auch ist zu kritisieren, dass in den verwendeten Antragsformularen zumeist keine Möglichkeit zur Angabe einer Wunsch-Einrichtung vorgesehen ist. In der Praxis zeigt sich, dass Krankenkassen nicht alle zugelassenen Vertragseinrichtungen mit dem jeweils einschlägigen Leistungsspektrum zur Verfügung stellen, sondern den Versicherten mit Hinweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nur eine eingeschränkte Auswahl anbieten. Vor dem Hintergrund, dass Versorgungsverträge ohnehin nur dann abgeschlossen werden dürfen, wenn sie dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen (§ 111 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V), kann eine weitere Einschränkung innerhalb der zugelassenen Leistungserbringer mit Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht zulässig sein. Die Verwaltungspraxis der Kassen hat zur Folge, dass Versicherte zur Übernahme sogenannter Mehrkosten aufgefordert werden, wenn sie das ihnen zustehende Wunsch- und Wahlrecht in Anspruch nehmen wollen. Da die betreffenden Einrichtungen nicht nur zugelassen und zertifiziert sind, sondern die Krankenkassen auch Vergütungsvereinbarungen auf der Grundlage der Prüfung der Wirtschaftlichkeit mit ihnen abgeschlossen haben, bewerten wir solche Mehrkostenforderungen als gesetzeswidrig und lehnen sie ab.

Als Begründung für die Vereinnahmung von Mehrkosten in Vertragseinrichtungen wird regelmäßig die Mehrkostenregelung für Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag in § 40 Absatz 2 SGB V, die zum 1.4.2007 eingeführt wurde, herangezogen. Die gesetzlichen Modifikationen dieser Regelung in den Jahren 2012, 2015 und 2020 haben bislang die Situation der Versicherten nicht verbessern können.

Es ist daher erforderlich, die Patientensouveränität nachhaltig zu stärken und die Möglichkeit der Krankenkassen, den Leistungsort zu bestimmen, erheblich einzuschränken.

→ **Wir fordern daher die Streichung von § 40 Absatz 3 SGB V Satz 1 und § 23 Absatz 5 SGB V Satz 1.**

#### **4. Regeldauer in der Kinder- und Jugend-Reha im SGB V an SGB VI-Regelungen anpassen**

Die entwicklungsspezifischen Besonderheiten erfordern in der Kinder- und Jugend-Rehabilitation eine verlängerte, über 3 Wochen hinausgehende Regeldauer zumeist im Umfang von 4-6 Wochen. Dies ist fachlicher Konsens, jedoch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zumeist nur über bürokratieaufwändige und zum Teil wochenweise Verlängerungsanträge zu erreichen. Dies bindet unnötig Ressourcen in Einrichtungen und bei den Versicherungsträgern. Durch eindeutige Festschreibung des fachlichen Konsenses in § 23 Abs. 7 SGB V, auf den § 40 Abs. 3 Satz 17 verweist, kann Verwaltungsbürokratie für alle Beteiligten gemindert werden und insbesondere auch für die betroffenen Kinder und Eltern Sicherheit geschaffen werden.

→ **Wir fordern daher eine Änderung in § 23 Absatz 7 SGB V:**

*(7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder **und Jugendliche** die das **1418.** Lebensjahr noch nicht vollendet haben, **werden sollen-in-der-Regel** für vier bis sechs Wochen erbracht **werden.***

## 5. Untergesetzlicher Regelungsbedarf: Formularwesen versichertenfreundlich gestalten

### Übersicht Formularwesen Medizinische Rehabilitation:

	Antrag Patient:in	Verordnung/ Attest Ärzt:in <sup>2</sup> / Suchtberatungsstelle
Reha als Heilverfahren	Kassenindividuelle Anträge (GKV)	<a href="#">Ärztliche Verordnung (Muster 61)</a>
	Kinder-Reha: Kein Antrag (GKV)	<a href="#">Ärztliche Verordnung (Muster 61)</a>
	<a href="#">Einheitlicher Antrag (DRV)</a>	<a href="#">Ärztlicher Befundbericht (Abhängigkeitserkrankungen): zusätzlich Sozialbericht</a>
	<a href="#">Einheitlicher Antrag Kinder (DRV)</a>	<a href="#">Ärztlicher Befundbericht (Kinder)</a>
Reha als AHB	<a href="#">Einheitlicher Antrag (GKV)</a>	<a href="#">Ärztlicher Befundbericht (GKV)</a>
	<a href="#">Einheitlicher Antrag (DRV)</a>	<a href="#">Ärztlicher Befundbericht (DRV)</a>
Vorsorge oder Reha Mütter/ Väter/Mutter-Kind/ Vater-Kind	Teilweise kassenindividuelle Anträge (einzelne GKV Kassen)	Rehabilitation <a href="#">Ärztliche Verordnung (Muster 61)</a> <a href="#">Ärztliches Attest Kind (Muster 65)</a>
		Medizinische Vorsorge <a href="#">Ärztliche Verordnung (Muster 64)</a> <a href="#">Ärztliches Attest Kind (Muster 65)</a>
Vorsorge oder Rehabilitation für pflegende Angehörige	Keine Antragsformulare	Rehabilitation <a href="#">Ärztliche Verordnung (Muster 61)</a>
		Medizinische Vorsorge kein Verordnungs-Muster

<sup>2</sup> Auch Psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen können in bestimmten Fällen die Leistungen verordnen. Sie sind jeweils mitgedacht, sofern Ärzt:innen genannt sind.

## Formularwesen

Patient:innen, aber auch die sie betreuenden Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen müssen hohe bürokratische Hürden bewältigen, um eine medizinische Rehabilitationsleistung der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung zu erhalten bzw. zu veranlassen. Obwohl das Verwaltungsverfahren nicht formgebunden ist (§ 9 SGB X) und ein Antrag auch per E-Mail oder telefonisch gestellt werden könnte, verwenden die Reha-Träger Antragsformulare und werten diese als Voraussetzung für die Leistungsbearbeitung.

Dies ist in vielfältiger Hinsicht problematisch. Insbesondere für Personen aus bildungsfernen Haushalten oder anderen Sprachkreisen schafft diese Verwaltungspraxis Hindernisse. So wird auf der Webseite der Deutschen Rentenversicherung darüber informiert, dass für die Antragstellung etwa 30 Minuten eingeplant werden sollen.<sup>3</sup> Im Krankenkassenbereich sind die Antragsformulare nicht öffentlich, so dass die Versicherten das Antragsformular jeweils bei seiner Krankenkasse extra anfordern müssen. Vertragsärzt:innen haben teilweise keinen Zugang zu diesen Formularen, so dass die Patient:innen hier auf sich gestellt sind.

Eine Ausnahme bildet das Antragsformular für die Anschlussrehabilitation der Krankenkassen, das vereinheitlicht ist und als offizielle Anlage der Selbstverwaltungsvereinbarung zum Entlassmanagement den Patient:innen durch die Mitarbeitenden des Krankenhauses zur Verfügung gestellt werden kann. Trotz in der Regel vergleichbarer Patientengruppen gibt es jedoch kein zwischen Kranken- und Rentenversicherung vereinheitlichtes Antragsformular für die Anschlussrehabilitation.

Ergänzend zum Antragsformular ist zusätzlich auch ein ärztlicher Befundbericht (DRV) bzw. eine ärztliche Verordnung (GKV) notwendig. Hier müssen die jeweils begleitenden Ärzt:innen in der Niederlassung oder im Krankenhaus die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitation umfassend begründen. Für die Vorbereitung der Rehabilitation ist eine umfassende Anamnese im Sinne des biopsychosozialen Modells erforderlich. Die dafür benötigten Informationen über die Versicherten werden im Rahmen der ärztlichen (Sozial)Anamnese erhoben und über die Verordnung bzw. den Befundbericht übermittelt. Indem die Versicherten dem Reha-

---

<sup>3</sup> [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Antragstellung/reha\\_antragstellung.html;jsessionid=64CAC5715A63FFEF8CB958FE9B362621.delivery1-2-replication](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Antragstellung/reha_antragstellung.html;jsessionid=64CAC5715A63FFEF8CB958FE9B362621.delivery1-2-replication)

Träger den Befundbericht oder die Verordnung übermitteln, bringen sie zum Ausdruck, dass sie eine entsprechende Leistung in Anspruch nehmen wollen und stellen so wirksam einen entsprechenden Antrag<sup>4</sup>. Zusätzliche, mit hohen formalen Hürden verbundene schriftlichen Anträge sind nicht notwendig.

- **Wir fordern einen Verzicht auf die Antragsformulare, sofern diese als Erfordernis einer formalen Antragstellung missverstanden werden und eine unnötige Barriere darstellen.**
- **Wir fordern, das Bewilligungsverfahren durch die Leistungsträger entsprechend den Vorgaben im SGB IX durchzuführen. Verzögerungen in der Klärung der Zuständigkeit sind zu vermeiden und die Bewilligung im zeitlich vorgegebenen Rahmen sicher zu stellen.**

Für den Bereich der Vorsorge für pflegende Angehörige fehlen sowohl Antrags- als auch ärztliche Verordnungsmuster. Dies stellt in der Praxis eine hohe Zugangshürde dar, da den Betroffenen so keinerlei Hilfestellung zur Beantragung der Leistung zur Verfügung steht.

- **Wir fordern ein Verordnungsformular für die medizinische Vorsorge für pflegende Angehörige.**

## **SCHNITTSTELLENPROBLEME**

### **6. SGB IX als trägerübergreifender Rahmen weiterentwickeln**

Wir kritisieren die Auseinanderentwicklung des Rechts der medizinischen Rehabilitation durch die spezialgesetzlichen Ausdifferenzierungen in SGB V und VI.

Stattdessen setzen wir uns für verbindliche Rahmenverträge auf der Grundlage des SGB IX ein, die schiedsstellenfähig sein müssen. In den Rahmenvereinbarungen sollten die Inhalte der fachlichen Eignung, der Vergütung und der objektiven Kriterien für die Eignung der einzelnen Einrichtung zur Leistungserbringung ausgehandelt werden. Mit der Anerkennung der Rahmenverträge durch einen Reha-Träger sollten die Einrichtungen Anspruch auf Versorgungsverträge nach § 38 SGB IX bei allen Reha-Trägern haben.

---

<sup>4</sup> Zum wirksamen Antrag: BSG vom 28.10.2009 -B 14 AS 56/08 R.

Dies hätte auch klarstellende Wirkung für den folgenden Sachverhalt: Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation werden in der Regel von mehreren Rehabilitationsträgern belegt. Auch die Federführung zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung kann sich aufgrund wechselnder Hauptbelegung verändern. Hinsichtlich des Datenaustauschs und der externen Qualitätssicherung sind die Einrichtungen daher mit mehreren Rehabilitationsträgern in Kommunikation. Insgesamt wird aktuell das rehabilitationsträgerübergreifende Recht des SGB IX zugunsten spezialgesetzlicher Regelungen beschädigt.

→ **Wir fordern eine Grundlage für verbindliche schiedsstellenfähige Rahmenverträge im SGB IX.**

## **7. Übergangspflege in Reha-Einrichtungen ermöglichen**

Eine große Versorgungslücke besteht zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung bei Patient:innen, die nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig, aber gleichzeitig auch noch nicht reha-fähig sind. Mit § 39e SGB V hat der Gesetzgeber hier die Möglichkeit der Übergangspflege in Krankenhäusern geschaffen, die auch für diese Patientengruppe greift. Um hier das Versorgungsangebot zu erweitern, sollten auch die in den Reha-Einrichtungen vorhandenen Kapazitäten und Kompetenzen genutzt werden können.

→ **Wir fordern, die Übergangspflege nach § 39e SGB V so auszugestalten, dass sie nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch unmittelbar vor der Inanspruchnahme der anschließenden Rehabilitationsleistung in geeigneten Reha-Einrichtungen erbracht werden kann.**

## **8. Gemeinsames Qualitätssicherungsverfahren im SGB IX realisieren**

Zur externen Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation betreiben die beiden großen Reha-Träger Deutsche Rentenversicherung und Gesetzliche Krankenversicherung jeweils ein eigenes Verfahren mit eigener aufwändiger Datenerhebung und -auswertung. Dieses Nebeneinander unterschiedlicher Verfahren führt zu kleinen Datensätzen, da die Erhebungen jeweils nur einen Teil der jeweils behandelten Rehabilitand:innen berücksichtigen.

Eine gegenseitige Anerkennung des jeweils anderen Verfahrens ist nur praktikabel, wenn die erhobenen Daten und Ergebnisse auch vergleichbar sind. Die bekundete gegenseitige Anerkennung stellt derzeit ein Lippenbekenntnis ohne faktischen Nutzen dar. Konkret führt die Berücksichtigung der im QS-Reha-Verfahren

der GKV gewonnenen Daten in der qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl der DRV nicht zu einem fairen Verfahren mit inhaltlich begründeten Qualitätsaussagen.

- **Wir fordern, im Interesse der Transparenz für die Rehabilitand:innen und zum sparsamen Einsatz der Ressourcen der Solidargemeinschaft, ein gemeinsames Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 37 SGB IX zu etablieren, in dem die Gemeinsamkeiten und die trägerspezifischen Unterschiede adäquat genutzt bzw. abgebildet werden.**

## **9. Zeitgleiche Übernahme der Kostensätze DRV durch die GKV regeln**

Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke werden über die DRV, GKV sowie zuständige Sozialbehörde bewilligt und finanziert. Fachkliniken im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen haben vielfach die Zulassung sowohl der DRV wie der GKV und behandeln Rehabilitand:innen der DRV und GKV. In der Praxis werden Kostensätze ambulant wie stationär mit dem jeweils federführenden Leistungsträger der DRV verhandelt. Diese werden i.d.R. auch von den jeweiligen GKV-Trägern übernommen. Allerdings erfolgt die Übernahme der verhandelten Kostensätze durch Leistungsträger der GKV stark zeitlich versetzt, so dass den Leistungserbringern erhebliche finanzielle Einbußen entstehen.

- **Wir fordern die zeitgleiche Übernahme der verhandelten Kostensätze mit der DRV durch die GKV.**

## **FINANZIERUNG**

### **10. Digitalisierung der Einrichtungen der medizinischen Reha fördern**

Zur Digitalisierung der Abläufe und Behandlungen der medizinischen Rehabilitation sind erhebliche Investitionen notwendig. Die Finanzierung der Rehabilitation nach SGB V und SGB VI erfolgt monistisch über leistungsbezogene Fallpauschalen bzw. pauschale Tagesentgelte. Diese werden seit Jahren auf niedrigem Niveau fortgeschrieben und decken im caritativen Bereich häufig schon nicht die bereits bestehenden Personal- und Sachkostensteigerungen geschweige denn notwendige Investitionen zur Modernisierung und Instandhaltung. Während Bund und Länder für diese Investitionen im Krankenhausbereich (z. B. Patientenportale für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement, durchgehende strukturierte elektro-

nische Dokumentation, digitales Medikationsmanagement, Telemedizin, Cybersicherheit) mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) etwa 4,3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt haben, fehlt dazu in der Rehabilitation jegliche Förderung.

- **Wir fordern eine Anschubfinanzierung für die Digitalisierung der medizinischen Rehabilitation sowie deren nachhaltige Betriebskostenfinanzierung.**

## VOR- UND NACHSTATIONÄRE BERATUNG

### 11. Vor- und nachstationären Beratung im Rahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter, pflegende Angehörige fördern

Durch die Corona- Pandemie sind die gesundheitlichen Belastungen und komplexen psychosomatischen Störungen in Familien deutlich gestiegen.

Es ist für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge mit einem erhöhten Bedarf zu rechnen. Vor- und nachstationäre Beratung im Rahmen des Müttergenesungswerks für die medizinische Rehabilitation oder Vorsorge für Mütter, Väter und pflegende Angehörige unterstützt eine passgenaue Versorgung. Angesichts der weiter gestiegenen Komplexität von gesundheitlichen und systemischen Problemlagen für Familien sollte diese die Versorgungseffizienz sichernde Funktion der Beratungsstellen im Müttergenesungswerk auf eine sichere finanzielle Basis gestellt werden, um so auch weitere Versorgungspotentiale beispielsweise in der Nachsorge entfalten zu können.

- **Wir fordern, dass Beratung und Nachsorge für Mütter, Väter und pflegende Angehörige als Leistungselemente der medizinischen Rehabilitation (und Vorsorge) im Rahmen der Müttergenesung im SGB V (§§ 24, 41) verankert und finanziert werden sollen. Auf diese Weise können Beratung, Rehabilitation oder Vorsorge-Suchende passgenau in die Versorgungsstrukturen gewiesen und eine effektive Nachsorge gewährleistet werden.**

### **BAG Caritas Suchthilfe – CaSu**

Die BAG Caritas Suchthilfe – CaSu vertritt bundesweit insgesamt 184 ambulante und stationäre Einrichtungen der Suchthilfe. Das Einrichtungsspektrum ist sehr gemischt und geht teilweise über medizinische Rehabilitationsleistungen hinaus. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vertritt die CaSu 21 Fachkliniken sowie ganztägig ambulante und Adaptionseinrichtungen und ca. 130 Suchtberatungsstellen mit beratender und vermittelnder Funktion (u.a. in Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation), die vielfach zusätzlich ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen anbieten.

[www.caritas-suchthilfe.de](http://www.caritas-suchthilfe.de) | Kontakt: Stefan Bürkle | E-Mail: [CaSu@caritas.de](mailto:CaSu@caritas.de)

### **Caritas-Bundesverband Kinder- und Jugendreha e. V. (CKR)**

Der Caritas-Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR), der Zusammenschluss der katholischen Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, versteht sich als Lobby der Kirche für die jungen Menschen unserer Gesellschaft, die für ihre Lebensbewältigung wegen ihrer physischen und psychischen Belastungen gezielte Maßnahmen der Rehabilitation nötig haben.

[www.kinder-reha.de](http://www.kinder-reha.de) | Kontakt: Alwin Baumann | E-Mail: [kinderreha@caritas.de](mailto:kinderreha@caritas.de)

### **Kath. Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e. V.**

Die Katholische Arbeitsgemeinschaft (KAG) Müttergenesung vertritt 21 Fachkliniken der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter sowie rund 300 Beratungsstellen. Es ist der größte Trägerzusammenschluss innerhalb des Müttergenesungswerks.

[www.kag-muettergenesung.de](http://www.kag-muettergenesung.de) | Kontakt: Margot Jäger | E-Mail: [muettergenesung@caritas.de](mailto:muettergenesung@caritas.de)

### **Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)**

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) vertritt bundesweit 54 katholische Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, die in unterschiedlichen Indikationen stationäre bzw. ganztägig ambulante Leistungen für Versicherte der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung erbringen.

[www.kkvd.de](http://www.kkvd.de) | Kontakt: Karoline Körber | E-Mail: [kkvd@caritas.de](mailto:kkvd@caritas.de)

### **Deutscher Caritasverband e.V.**

Der Deutsche Caritasverband macht sich stark für Menschen am Rand der Gesellschaft. Er ist Dachverband der organisierten Caritas und Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege und erfüllt in dieser Eigenschaft mehrere Rollen: Er ist Anwalt und Partner von Benachteiligten, Motor für Weiterentwicklung und Qualifizierung von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, Mitgestalter der Sozial- und Gesellschaftspolitik sowie einer der größten Dienstleister im sozialen Sektor.

[www.caritas.de](http://www.caritas.de) | Kontakt: Elisabeth Fix und Margot Jäger | E-Mail: [Margot.Jaeger@caritas.de](mailto:Margot.Jaeger@caritas.de)